



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Ein pflegebezogener Beratungsleitfaden für
InsultpatientInnen und deren Angehörige.“

Verfasserin

Cornelia Steiner

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Drⁱⁿ. Roswitha Engel

Vorwort

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die es mir ermöglicht haben, dieses Studium zu absolvieren. Dazu gehören vor allem meine Eltern, die mich finanziell und emotional durch das Studium begleitet und in allen Situationen an mich geglaubt haben.

Auch meinem Freund Sebastian möchte ich für die emotionale Unterstützung und Toleranz während dem Verfassen dieser Arbeit danken, der trotz vieler Hoch- und Tiefpunkte an meiner Seite gestanden ist.

Meinen KollegInnen der neurologischen Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Süd danke ich für ihr Verständnis während des Studiums, welches nur durch deren Rücksicht bei der Dienstplangestaltung möglich war. Ein spezieller Dank ergeht auch an meine derzeitige Oberschwester Marie-Christine Vencour, die mir eine flexible Urlaubsgestaltung zum Fertigstellen der Diplomarbeit ermöglicht hat, sowie dem gesamten Team des Entlassungsmanagements des Krankenhauses Hietzing für Unterstützung und Motivation.

Ein Dankeschön ergeht natürlich auch an meine Diplomarbeitsbetreuerin Drⁱⁿ. Roswitha Engel, welche mir beim Verfassen der Arbeit immer mit Rat und Tat zur Seite stand. Ihre professionellen und menschlichen Qualitäten unterstützten das entstandene Ergebnis.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation	1
1.2. Fragestellung der Arbeit/Forschungsfrage	2
1.3. Ziel der Arbeit	3
2. Beratung in der Pflege	4
2.1. Der Beratungsbegriff heute	5
2.1.1. Begriffserklärung unterschiedlicher Autoren	5
2.1.2. Begriffserklärung aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Arbeitsfeldern	8
2.1.2.1. Psychologisches Beraten	8
2.1.2.2. Soziales Beraten	8
2.1.2.3. Psychosoziales Beraten	9
2.1.2.4. Pädagogisches Beraten	10
2.2. Kennzeichen von Beratung	11
2.3. Abgrenzung des Beratungsbegriffes	12
2.4. Beratung im Pflegebereich	13
2.5. Beratungsmerkmale und Kompetenzen von BeraterInnen	22
2.6. Beratungsgrundsätze in der Pflege	24
2.7. Allgemeine Beratungstheorien	25
2.7.1. Psychologische Beratungskonzepte	26
2.7.1.1. Humanistische Konzepte	26
2.7.1.2. Verhaltenswissenschaftliche Konzepte	28
2.7.1.3. Systemische/Familientherapeutische Konzepte	29
2.7.2. Sozialwissenschaftliche Beratungskonzepte	30
2.7.3. Integrative Beratung	31
2.8. Pflegebezogene Beratungskonzepte	33
2.8.1. Ressourcenorientierte Konzepte	33
2.8.2. Lösungsorientierte Konzepte	35

2.8.3. Präventions- und gesundheitsfördernde Konzepte	36
2.9. <i>Typen der Beratung und Methoden für die Pflegepraxis</i>	40
2.9.1. Aufklärende Beratung.....	40
2.9.2. Empfehlende Beratung	40
2.9.3. Kompetenzfördernde Beratung.....	41
2.9.4. Lösungserarbeitende Beratung	41
2.9.5. Komplexe Beratung	41
2.10. <i>Der Beratungsprozess</i>	42
2.11. <i>Beratung im Pflegeprozess</i>	43
2.12. <i>Vorbereitungen und Hilfestellungen zur Beratungssituation</i>	45
2.12.1. Bestimmung des geeigneten Formalisierungsgrades bei der Beratung in der Pflege.....	45
2.12.2. Festlegung des Beratungsbereiches	46
2.12.3. Entscheidung über die Beratungskonfiguration	48
2.12.4. Die Auswahl der geeigneten Beratungsmethode.....	48
2.13. <i>Kommunikation und Gesprächstechniken als wichtiger Bestandteil jeder Beratung</i>	49
3. Krankheitsbild Schlaganfall	55
3.1. <i>Vorkommen</i>	55
3.2. <i>Definition</i>	55
3.3. <i>Die Ursachen oder Formen des Schlaganfalles</i>	56
3.4. <i>Risikofaktoren</i>	57
3.5. <i>Schweregrade</i>	57
3.6. <i>Symptome und Pflegeschwerpunkte</i>	58
3.6.1. Hemiplegie (Halbseitenlähmung).....	60
3.6.2. Neglect oder Hemineglance.....	61
3.6.3. Die hemiplegische Schulter	61
3.6.4. Die geschwollene Hand	62
3.6.5. Pusher-Syndrom	62
3.6.6. Aphasie	62
3.6.7. Schluckstörung (Dysphagie)	64
3.6.8. Apraxie	64

3.6.9. Agnosie	65
3.6.10. Orientierungsstörungen	65
3.6.11. Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen	65
3.6.12. Sehstörungen	65
3.6.13. Inkontinenz	66
4. Spezielle pflegerische Beratung bei SchlaganfallpatientInnen	67
5. Erstellung des Beratungsleitfadens	73
5.1. Vorgehen	73
5.2. Erstellung der Module	75
5.2.1. Modul 1 - Allgemeine Beratung von SchlaganfallpatientInnen	75
5.2.1.1. Leitfaden für die Beratung zu allgemeinen Themen	77
5.2.2. Modul 2 - Beratung bei Schluckstörung	81
5.2.2.1. Leitfaden für die Beratung bei Schluckstörungen	82
5.2.3. Modul 3 - Beratung bei Aphasie	87
5.2.3.1. Leitfaden für die Beratung bei Aphasie	89
5.2.4. Modul 4 - Beratung bei Hemiplegie	93
5.2.4.1. Leitfaden für die Beratung bei Hemiplegie	96
5.2.5. Modul 5 - Beratung bei Neglect	99
5.2.5.1. Leitfaden für die Beratung bei Neglect	100
5.2.6. Modul 6 - Beratung bei Apraxie	102
5.2.6.1. Leitfaden für die Beratung bei Apraxie	103
6. Ergebnisse, Schlussfolgerung und Ausblick	107
7. Literaturverzeichnis	111
8. Tabellenverzeichnis	118
9. Abbildungsverzeichnis	119
10. Abkürzungsverzeichnis	119
11. Anhang	121
11.1. Abstract deutsch	121
11.2. Abstract englisch	123
11.3. Eigenständigkeitserklärung	125
11.4. Curriculum vitae	127

1. Einleitung

1.1. Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation

In Österreich ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache. Es erleiden jährlich etwa 20.000 Personen einen Schlaganfall, bleibende Behinderungen sind nicht selten die Folge. In Österreich sind etwa 60.000 Menschen von einer Behinderung als Folge eines Schlaganfalls betroffen (vgl. Kiechl et al. 2006, S.18).

Da das Ereignis sehr plötzlich auftritt, verändert sich die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen von einem Moment auf den anderen. In dieser Situation können sich für den/die PatientIn und deren Angehörige zunehmend Fragen und Ängste bezüglich der Zukunft und dem Umgang mit der neuen Situation entwickeln. In diesem Zusammenhang wird von den Betroffenen auch Wissensvermittlung und Information gewünscht, aber häufig vermisst (vgl. Allgeier, Kämmerle - Hofrichter 2005, S.373-380).

Die Pflege ist meist jene Berufsgruppe, die den häufigsten Kontakt zu PatientInnen und Angehörigen hat, die erste Ansprechperson für die Betroffenen ist. Dieser Kontakt entsteht in einer Phase akuter Erkrankung oder chronischer Belastung, also einer Phase hoher Irritation und Sensibilität. Die Kommunikation trägt in dieser Beziehung in jedem Fall zu einer verbesserten Situation bei. Dadurch entsteht eine Grundlage für Beratung in der Pflege, die im Falle eines Schlaganfalls nicht wegzudenken ist (vgl. Koch-Straube 2008, S.77-79).

Die Einschränkungen und Beeinträchtigungen nach einem Schlaganfall können je nach betroffenem Hirnareal sehr unterschiedlich sein und erfordern daher eine sehr individuelle Beratung, die auf professioneller Ebene verlaufen muss. Beratung gehört zu den Tätigkeitsfeldern der Pflege. „Neue Mischformen zwischen Betreuung, Pflege und Beratung als Lernangebote für PatientInnen, werden bald zur selbstverständlichen Kompetenz des Pflegepersonals gehören“ (Giesecke 2002 zit. n. Koch-Straube, 2008, S.84). Auch Krohwinkel (2007) nennt in den Aufgaben- und Verantwortungsbereichen der Pflege im Rahmen ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege unterrichten, anleiten und beraten als eine der Kernaufgaben im Pflegeprozess (vgl. Krohwinkel 2007, S.38).

Das Interesse meiner Diplomarbeit ist, einen Leitfaden zur pflegerischen Beratung für SchlaganfallpatientInnen und ihre Angehörigen zu entwickeln, der sowohl die Individualität des/der PatientIn nach einem Insult einbezieht, die Professionalität der Beratung in der Pflege nicht vernachlässigt und wissenschaftlich belegte Inhalte vermittelt. Es gibt derzeit kein Instrument in Österreich, welches Pflegepersonal in Beratungssituationen unterstützt, nur Handlungsanweisungen zu einzelnen Pflegephänomenen, die meist nicht ganzheitlich gestaltet und wenig wissenschaftlich sind. Es gibt ausreichend Ratgeber und Broschüren von Selbsthilfegruppen, die jedoch nur Teilgebiete abdecken. Mein persönlicher Zugang zu diesem Thema stellt meine siebenjährige Tätigkeit an der neurologischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Süd dar, welche unter anderem die rehabilitative Tätigkeit mit PatientInnen nach einem Schlaganfall beinhaltet. Es ergaben sich in der Arbeit mit diesen PatientInnengruppen immer wieder Beratungssituationen, die wenig systematisch und von Pflegepersonen unterschiedlich geführt wurden. Ein Leitfaden für diese Beratungssituationen könnte einheitliche Inhalte und dadurch professionelle Beratung und Qualitätssicherung gewährleisten.

1.2. Fragestellung der Arbeit/Forschungsfrage

Die Forschungsfrage meiner Diplomarbeit lautet nach Darstellung des Themas und der Problemlage folgendermaßen:

Wie könnte ein Leitfaden für Inhalte eines Beratungsgespräches mit Betroffenen und/oder ihren Angehörigen nach einem Schlaganfall aussehen? Welche Inhalte sollen vermittelt, welche Beratungskonzepte angewendet und welche Beratungsgrundlagen beachtet werden?

Sieht man von der übergeordneten Forschungsfrage ab, so ergeben sich noch zahlreiche Unterfragen, die im Verlauf der Arbeit beantwortet und erläutert werden sollen.

Was ist Beratung in der Pflege? Welche Beratungskonzepte finden in der Pflege Anwendung? Welche Beratungstypen gibt es und wie können diese in der speziellen Situation der SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen in den unterschiedlichen Pflegephänomenen umgesetzt werden? Wie soll sich die Pflegeperson in der Beratungssituation verhalten, welche Kommunikationsregeln beachten? Welche Pflegephänomene nach einem Schlaganfall erfordern Beratung? Ist Beratung bei

PatientInnen mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen möglich bzw. sinnvoll? Kann die Beratung mit dem speziellen Fokus auf PatientInnen nach einem Schlaganfall in den Pflegeprozess implementiert werden?

1.3. Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit soll die Erstellung eines Leitfadens mit dem Inhalt relevanter Beratungsschwerpunkte unterschiedlicher Pflegephänomene nach einem Schlaganfall sein. Im Rahmen dessen soll Wissen über die Themenbereiche der Beratung in der Pflege und dem speziellen Gebiet der Pflege von SchlaganfallpatientInnen dargestellt werden und anschließend miteinander verknüpft werden. Das daraus resultierende Wissen soll dabei in Form eines Leitfadens systematisiert werden, durch dessen Anwendung in der Praxis Qualitätssicherung gewährleistet werden kann.

Da nicht jede/r SchlaganfallpatientIn idente Defizite aufweist, sondern diese von der Lokalisation des ischämischen oder hämorrhagischen Geschehens abhängen, sollen die Beratungsschwerpunkte für jedes Phänomen einzeln erstellt werden, sodass im Bedarfsfall die benötigten Einzelmodule zu einem gesamten Beratungsleitfaden kombiniert werden können.

Der Leitfaden sollte außerdem folgende Kriterien erfüllen:

1. Er sollte praxisrelevant sein, das heißt in den Pflegealltag implementierbar sein
2. Die Inhalte sollen auf wissenschaftlichen Grundlagen basieren, damit ausschließlich evidenzbasiertes Wissen vermittelt wird.
3. Die Wortwahl soll sich vom Fachjargon distanzieren, um auch von Laien verstanden zu werden.

Mit dem Ergebnis der Arbeit sollen Pflegepersonen aus dem Bereich der Neurologie erreicht werden, sowie auch anderer stationärer Bereiche, an denen mit PatientInnen und ihren Angehörigen nach einem Schlaganfall gearbeitet wird, das inkludiert demnach auch Pflegepersonal rehabilitativer Stationen. Weitere Personen, die im Entlassungsmanagement oder Casemanagement tätig sind, sowie ÄrztInnen, die Beratungsgespräche mit SchlaganfallpatientInnen führen, könnten von dem Leitfaden profitieren. Selbstverständlich kann das Ergebnis auch im extramuralen Bereich Anwendung finden, da sehr viele SchlaganfallpatientInnen zu Hause betreut werden und der Beratungsbedarf auch dort gegeben sein kann.

2. Beratung in der Pflege

Beratung selbst existierte bereits in der Antike. Ausgangspunkt waren Alltagsprobleme, für deren Lösung Hilfe in Anspruch genommen wurde. Sie war freilich noch nicht an professionelles Vorgehen oder an ein Berufsbild gebunden. Erste Vorläufer der heutigen Form von Beratung fanden sich im 19. und 20. Jahrhundert, welche durch Wissenschaften, wie Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit und Soziologie bereichert wurden und auch erstmals im öffentlichen Bereich stattgefunden haben. In den 1920er Jahren wurden auf Initiative des berühmten Psychologen Alfred Adler in Wien erstmals Erziehungsberatungsstellen institutionalisiert, mit dem Ziel der „Neurosenprophylaxe“ und „Schulung von Eltern und Kind“.

Während des Nationalsozialismus war Familien- und Erziehungsberatung der rassistischen Gesellschaftspolitik, der Eugenik und der mit ihr einhergehenden Selektionsmethoden, untergeordnet. Außerdem ist das Kriterium der Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme von Beratung in einer Diktatur nur sehr beschränkt gegeben. Entsprechend negativ war sie daher behaftet.

Erst in den 1960er Jahren wurden durch gesellschaftspolitische Veränderungen wieder soziale Beratungsstellen ausgebaut, jedoch ohne Bezugnahme auf spezifische Beratungskonzepte. In den 1970er Jahren wurden zunehmend psychotherapeutisch orientierte Konzepte in Ehe-, Familien- und Erziehungsberatung praktisch umgesetzt. Der Erziehungsbereich war auch in den 1980ern Vorreiter mit differenziertem Beratungsangebot (vgl. Engel 2006, S.9).

Neben den staatlichen Beratungseinrichtungen spielte die Kirche eine zentrale Rolle im Beratungsalltag, welche viele psychosoziale Projekte unterstützte und Beratung im Rahmen der Selbsthilfe anbot. In den 1980er Jahren lag ein Schwerpunkt in der Jugend- und Drogenberatung, sowie der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Hier wurde auch erstmals ein Versorgungsdefizit im Beratungsbereich thematisiert (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.29; Sickendiek 2002, S.25-37).

In den 1990er Jahren gab es erste Bewegungen in der PatientInnenberatung, die sich mit der Thematik Gesundheit und Krankheit auseinandersetzten. Sie war jedoch sehr auf spezielle Krankheitsbilder fokussiert, begann sich erstmals zu institutionalisieren (vgl. Schaeffer, Dierks 2006, S.848).

2.1. Der Beratungsbegriff heute

Der Begriff Beratung wird heute noch immer im Kontext der Laienberatung verwendet, welche von der professionellen Beratung abzugrenzen ist. Sie ist eine vertraute und im Alltag eingesetzte Kommunikationsform. Beratung ist ein multifunktioneller und schillernder Begriff, welcher auch im Verkauf oder im privaten Umfeld in Form von freundschaftlichen Ratschlägen oder jemanden-beraten vorzufinden ist (vgl. Koch-Straube 2008, S.65-66; Engel, Sickendiek 2005, S.164).

Die professionelle Beratung (auch in der Pflege) stellt jedoch höhere Ansprüche, Kompetenzen und Voraussetzungen, wie

„...dialogische Kommunikation, Achtung vor der Menschenwürde, Wahrnehmen vor der Kompetenz der Pflegebedürftigen, Förderung der Ressourcen, Respekt vor der Selbstbestimmung, Wahl ermöglichen, Umweltbedingungen einbeziehen, vom biografischen Gewordensein und den Zukunftsperspektiven ausgehen“ (Koch-Straube 2008, S.66).

Eine einfache Beschreibung des professionellen Beratungsbegriffes erscheint schwierig, da es um eine „...professionelle Kommunikations- und Handlungsform mit unterschiedlichen Ausprägungen, theoretischen Bezügen, Konzepten, Handlungsfeldern und Institutionen“ (Engel, Sickendiek 2005, S.164) geht. Engel und Sickendiek (2005) weisen auch deutlich darauf hin, dass es sich bei Beratung um ein sich immer wieder veränderndes Tätigkeitsfeld handelt, welches von gesellschaftlichen und technischen Weiterentwicklungen geprägt ist, wodurch sich auch neue Problemlagen und Herausforderungen differenzieren lassen (vgl. Engel, Sickendiek 2005, S.164).

2.1.1. Begriffserklärung unterschiedlicher Autoren

Die British Association of Counselling (BOC) versucht professionelle Beratung über relevante Einsatzgebiete und Ziele zu beschreiben. Das Hauptziel ist, dem/der KlientIn eine befriedigende und erfüllte Lebensweise zu ermöglichen, ausgerichtet nach den

Bedürfnissen des /der KlientIn. In der Beratung wird mit Individuen, Paaren oder Gruppen gearbeitet. Sie umfasst Entwicklungsprozesse, im Zuge deren Probleme angesprochen und gelöst, die Entscheidungsfindung unterstützt und somit Krisen bewältigt werden können. Einsicht und Wissenserwerb im Rahmen dieses Prozesses können zu Konfliktbewältigung und Beziehungsverbesserung beitragen (vgl. Koch-Straube 2008, S.66).¹

Professionelle Beratung ist laut Koch-Straube (2008) erforderlich,

„... wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfenetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (Koch-Straube 2008, S.66).

Mutzeck (2008) spricht von Beratung im pädagogisch-psychologischen Sinn und definiert den Begriff unter anderem nach Dietrich (1987):

„Klienten suchen Beratungssituationen deswegen auf, weil sie mit schwierigen Lebenslagen und/oder mit ihrer eigenen Persönlichkeit nicht mehr zurecht kommen. Sie erwarten von der Beratung eine Behebung oder Reduzierung ihrer Schwierigkeiten. Durch professionelle Beratung wird versucht, beim Klienten einen aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, der es ihm ermöglicht, eine neue Kompetenzebene für erfolgreichere und zufriedenstellendere Auseinandersetzung mit seinen Problemen und Schwierigkeiten zu gewinnen ...“ (Dietrich 1987 zit. n. Mutzeck 2008, S.13).

Zusammenfassend beschreibt Dietrich (1987) den Anlass für Beratung ähnlich, fügt jedoch noch die Erwartung einer Behebung oder Verringerung der Probleme an die professionelle Beratung hinzu (vgl. Mutzeck 2008, S.13).

Ein weiterer Begriff, der im Beratungsumfeld immer wieder in den Vordergrund tritt, ist die von Abt-Zegelin beschriebene Patientenedukation. Edukation beschreibt Abt-Zegelin (2003) als Zusammenfassung von drei Begriffen. Einerseits die Information, welche eine direkte Bereitstellung von Wissen in Form von beispielsweise Broschüren ist, andererseits die Schulung, welche ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fertigkeiten ist. Diese beiden Begriffe vereint sie in einem Dritten, der Beratung. In der deutschsprachigen Literatur konnte nach Koch-Straube (2008) jedoch kein Beratungskonzept auf dessen Grundlage entdeckt werden (vgl. Geyer, Rose, Zwicker-Pelzer, 2011, S.58-59, Bienstein et al. 2006, S.30-31).

¹Übersetzung aus dem Englischen von Koch-Straube

Die Beratung in der Pflege ist derzeit ein professioneller Arbeitsbereich, welcher immer weiter expandiert und sich zusätzlich zum traditionellen Beratungsbereich durch spezielle Beratungsfelder aus gesellschaftlichen Problemlagen ergänzt. Diese werden auch „Bindestrich-Beratungen“ genannt (vgl. Engel 2006, S.10).

Sickendiek et al. (2008) unterscheiden zwei Beratungsbereiche, den Beratungskernbereich, welcher grundsätzlich konstant ist, sich jedoch methodisch und konzeptuell weiter entwickelt. Es handelt sich hierbei um traditionelle, administrativ- behördliche Beratung, wie Familienberatung und „niederschwellige“, alltagsbezogene Beratungsangebote, wie Drogenberatung. Im Gegensatz dazu nennt sie den offenen Beratungsbereich, welcher flexibel, selbst organisiert und speziell auf aktuelle Problemlagen einzelner Bevölkerungsgruppen ausgerichtet ist. Beispiele dafür sind Beratungen älterer Menschen, Jugendlicher oder Betroffene bestimmter Krankheiten (zum Beispiel Schlaganfall, HIV, ...) (vgl. Sickendiek 2008, S.33-34; Engel 2006, S.10; Engel 2011, S.12).

Redlich (1997) beschreibt alle Formen professioneller Beratung als eine Brücke zwischen einem Problemsystem (Individuum, Gruppe, Organisation) und einem Hilfssystem (zum Beispiel eigene Ressourcen, finanzielle Mittel). Beratung agiert durch Kommunikation mit beiden Systemen, wodurch sie diese aufeinander abstimmt und vorbereitet (vgl. Engel 2006, S.32-33).

Diese Kommunikation zwischen diesen Systemen erfolgt laut Engel (2006, 2011) auf vier Themenfeldern. Erstens Informationen über Sachverhalte einholen, wobei es primär um die gegenseitige Information von sachlichen Gegebenheiten geht. Das Qualitätskriterium ist Wissen über einen Sachverhalt zu erhalten. Zweitens geht es zur Effizienzsteigerung um ein gemeinsames, systematisches Planen zur Entwicklung problemlösender Maßnahmen. Drittens soll inneres Erleben zum Ausdruck gebracht werden. Gefühle stehen hier im Vordergrund. Durch die Anwendung von „aktivem Zuhören“ oder „einfühelndem Verstehen“ als Kommunikationsform soll Authentizität vermittelt werden. Viertens werden Beziehungsregeln ausgehandelt, wobei es um die Gestaltung einer Beziehung geht und das Qualitätskriterium Akzeptanz ist. Die professionelle Beratung bedient alle diese vier Bereiche in gleichem Maße, was sie von der Therapie abgrenzt (vgl. Engel 2011, S.32-33; Engel 2006, S.32-33).

2.1.2. Begriffserklärung aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Arbeitsfeldern

Die Beratung findet nicht nur in einem konkreten Bereich statt, sondern hat ihren Ursprung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Diese beinhalten unterschiedliche Ansätze und Sichtweisen, welche in einer kurzen Abhandlung darzustellen versucht werden.

2.1.2.1. Psychologisches Beraten

„Psychologische Beratung findet einerseits auf der Basis psychologischer Diagnostik, andererseits auf der Basis psychotherapeutischer Konzepte statt“ (Engel 2011, S.13).

Die Wurzeln im deutschsprachigen Raum sind Berufsberatung und Erziehungsberatung. Bei dieser Form der Beratung werden weniger schwere Problemsituationen und Störungen behandelt (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.45).

Psychologisches Beraten wird von zwei Leitkonzepten getragen: Einerseits handelt es sich um einen methodenbestimmten, von der Beratungsperson unabhängigen, technischen Prozess. Es werden durch diagnostische Verfahren „objektive“ Informationen erhalten, die zu objektiv ableitbaren Entscheidungen führen. Lebensweltbedingungen werden ausgeblendet, es gibt keine alternativen Entscheidungsfreiräume. Andererseits wurde die Beratung „therapeutisiert“. Aus den vielen methodischen Schulen der Psychotherapie Behebung von Problemsituationen und Krisen, haben sich psychologische Beratungsformen gebildet. „Humanistische Schulen“ nehmen in der Beratung eine zentrale Stellung ein. Aus der „klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie“ entstand die „klientenzentrierte Beratung“, aus der Psychoanalyse die „psychoanalytische Beratung“ (vgl. Engel 2011, S.13, Engel 2006, S.11-12; Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.45-50).

2.1.2.2. Soziales Beraten

„Soziale Beratung bedeutet die Bearbeitung sozialer und materieller Problemsituationen, die in der Lebens- und Alltagswelt von Menschen auftreten“ (Engel 2011, S.15)

Das bedeutet, es umfasst die Auseinandersetzung mit sozialen, materiellen, psychischen und alltagspraktischen Problemsituationen von Menschen in deren Lebensräumen und ihrer sozialen Umwelt. Dazu können Familie, Freunde, berufliche und/oder schulische

Umwelt zählen. Die soziale Beratung ist der grundlegende Baustein im „Casework“ der Sozialarbeit und hilft Einzelindividuen bei Problematiken innerhalb der Familie, Verwandtschaft, Schule, im Freundeskreis oder Beruf. Der Schwerpunkt wird auf Personen mit benachteiligten oder marginalisierten Lebenslagen gelegt, mit dem Ziel der Verarbeitung von Einschränkungen und Grenzen im Alltag (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.41-42).

Nach Thiersch (1997) ist soziale Beratung ein Prozess, bei dem es um gemeinsame Lösungsfindung geht. Die Grundausrichtung ist lebensweltorientiert, situationsbezogen und individuell. Die Erarbeitung von Lösungen soll auf Freiwilligkeit und Motivation beruhen. (vgl. Engel 2006, S.12-13; Engel 2011, S.15-16; Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.17-18)

2.1.2.3. Psychosoziales Beraten

„Psychosoziale Beratung bedeutet die Bearbeitung von Problemsituationen, die durch äußere Anforderungen wie beispielsweise gesellschaftliche Ansprüche, Normen und Werte an den Menschen herangetragen werden“ (Engel 2011, S.16).

Die Methode setzt psychische und soziale Befindlichkeiten in Verbindung mit individuellen sozialen Lebens- und Umweltbedingungen. Das Hauptaugenmerk wird auf die Beziehung zwischen Person und Umwelt gerichtet. Inhalt sind Widersprüche durch gesellschaftliche Anforderungen, sowie subjektive Bedürfnisse und Interessen der Betroffenen wie zum Beispiel Dreifachbelastung (vgl. Engel 2006, S.13).

Großmaß (1997) versteht Psychosoziale Beratung „...als Unterstützung zur Lösung von Problemen, die im sozialen Leben wahrnehmbar sind (und dort entstehen?), die aber emotional persönlich erlebt werden“ (Großmaß 1997 zit. n. Koch-Straube 2008, S.67).

Es wird das Ziel verfolgt, das Individuum dazu zu motivieren, seine Fähigkeiten zu fördern und das Leben im interaktiven Austausch mit seiner Umwelt zu gestalten oder zu verbessern (vgl. Koch-Straube 2008, S.67-68).

Dazu werden zwei Ansätze verfolgt: Einerseits die Förderung von Selbstwahrnehmung und Erkenntnis der persönlichen Fähigkeiten im Widerspruch zu den Umweltanforderungen, andererseits die Erarbeitung von Belastungsminderung und Förderung persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen (vgl. Engel 2011, S.16).

2.1.2.4. Pädagogisches Beraten

Die Beratung in der Pädagogik war bis in die 1970er Jahre nicht anerkannt und nur als Randphänomen im Erziehungsverständnis erhalten. Erst Mitte der 1970er Jahre erhielt die Beratung im Erziehungs- und Bildungskontext zunehmend an Bedeutung. 1987 formulierte Giesecke erstmals das Beraten neben dem Unterrichten, dem Informieren, Arrangieren und Animieren (später wurde Managen hinzugefügt) als eine der zentralen Grundformen pädagogischen Handelns (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S. 37-39). Inzwischen ist die Beratung Teil des Berufsauftrages von PädagogInnen (vgl. Engel 2011, S.17).

„Pädagogische Beratung bedeutet die Bearbeitung schülerbezogener, lehrerbezogener und organisationsbezogener Problemsituationen“ (Engel 2011, S.17).

Die Kommunikation erfolgt als Beratung zwischen LehrerInnen und SchülerInnen, um mit erworbenen Informationen, Orientierungen und Haltungen umgehen zu können. Inhalte können nach Mutzeck (2008) Schullaufbahnberatung, Beratung bei Verhaltens- oder Lernstörungen, sowie Unterrichts- oder Organisationsberatung sein (vgl. Mutzeck 2008, S.17-20).

Es wurde versucht, den Beratungsbegriff unterschiedlicher Autoren, sowie wissenschaftlichen Disziplinen und Aufgabenfeldern zu erläutern. Alle diese Definitionen und Beschreibungen professioneller Beratung der Gegenwart sind ein Versuch, den Begriff darzustellen. Wie bereits erwähnt, verändert sich der Begriff mit gesellschaftlichen und technischen Weiterentwicklungen. Technische Hilfsmittel, wie Schnittstellentastatur, Mikrofon, Kopfhörer, Lautsprecher und Bildschirm haben sich im Beratungsalltag teilweise schon etabliert. Es ist wichtig, in die Begriffserklärung und Definition auch Gedanken über die Beeinflussung professioneller Beratung durch neue Medien, wie das Internet, einzubeziehen. Durch diese neuen Kommunikationsformen, hat auch die Beratung einen neuen Einsatzort gefunden. Es werden niederschwellige, zielgruppenspezifische Hilfsangebote, Informationen und Adressen von Beratungseinrichtungen auf relativ raschem Weg transportiert. Die Anonymität der Ratsuchenden ist im Internet gesichert, wodurch der Zugang zu Beratung auch jenen ermöglicht wird, die sonst die Hemmschwelle persönlicher Beratung nicht überwinden können. All diese Änderungen stellen neue Herausforderungen an BeraterInnen. Im Rahmen professioneller Beratung

kann einerseits auf diese mitgebrachten Information des/der Ratsuchenden angeknüpft werden. Informationen aus dem Internet sind oft aus dem Kontext gerissen und können im Beratungsgeschehen in den richtigen Zusammenhang gebracht werden. Dazu ist von Seiten des/der BeraterIn eine gute Fähigkeit des Argumentierens notwendig. Andererseits gibt es immer noch genügend Menschen, die keinen Zugang zu diesen neuen Medien haben und dadurch vom Informationsfluss ausgeschlossen sind. Aufgabe der professionellen Beratung ist, auch jene zu informieren, die diesen Zugriff auf Informationen nicht haben (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.123-126).

Zusammenfassend ist der Beratungsbegriff schwer zu definieren. Unterschiedliche AutorInnen beschreiben den Begriff aus unterschiedlichen Disziplinen und Herangehensweisen, die sich zu einer guten Begriffserklärung ergänzen.

2.2. Kennzeichen von Beratung

Es gibt im Rahmen der Beratung einige Merkmale, die einen Beratungsprozess kennzeichnen. Sie werden in der Literatur wie folgt beschrieben.

Die Thematik wird von KlientInnen vorgegeben, Beratung setzt dort ein, wo Probleme und Krisen nicht mehr selbst gelöst werden können und die bekannten Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen. Sie muss immer auf Freiwilligkeit und Wunsch der/des Ratsuchenden aufbauen. Das Ziel wird von BeraterIn und KlientIn gemeinsam gesetzt, das bedeutet die Bereitschaft zur Kooperation muss von beiden gegeben sein. Beratung geschieht innerhalb eines relativ kurzen, überschaubaren Zeitraumes. Das heißt, es handelt sich um eine Kurzzeitintervention. Es herrscht eine Methodenvielfalt, basierend auf unterschiedlichen theoretischen Konzepten und Methoden, sowie den Einsatz kreativer Medien. Das erfordert gewisse Kompetenzen des/der BeraterIn, die zu einem späteren Zeitpunkt in der Arbeit erläutert werden. Ein weiteres Merkmal ist die Wahl- und Entscheidungsfreiheit des/der Ratsuchenden, welche Beratungsinhalte umgesetzt werden oder nicht. Das Verhalten kann im Rahmen des Beratungsprozesses probierender und modellhaft eingeübt werden (vgl. Koch-Straube 2008, S.73; Schaeffer, Dierks 2006, S. 846-847; Mutzeck 2008, S.15).

2.3. Abgrenzung des Beratungsbegriffes

Oftmals wird der Beratungsbegriff synonym mit ähnlichen Vorgängen, wie Therapie, Alltagsberatung und Erziehung verwendet, kann aber genau von diesen Begriffen abgegrenzt und beschrieben werden. Sie unterscheiden sich dabei im Inhalt, dem Vorkommen, dem Ziel und der Methode. In der folgenden Tabelle werden die unterschiedlichen Formen vergleichend beschrieben und aufgelistet.

	Therapie	Beratung	Alltagsberatung	Erziehung
Inhalt	Erlebens- und Verhaltensstörungen der Persönlichkeitsstruktur	Problemsituation einer sonst gesunden Person, Veränderung der Umweltbedingungen	Hilfreiche Gespräche mit vertrauten Menschen zum Austausch von Erfahrungen, Ratschlägen	Verhalten eines Menschen an die Erfordernisse seiner Krankheit anpassen
Vorkommen	Institutioneller Rahmen	Institutioneller Rahmen	Im privaten, nicht professionellen Umfeld	Institutioneller Rahmen
Ziel	Wohlbefinden, Lebens- und Arbeitsfähigkeit wieder herstellen	Wohlbefinden, Lebens- und Arbeitsfähigkeit wieder herstellen	Vermittelt Anteilnahme, Trost und Zugewandtheit	Ist für eine Gruppe von Menschen festgelegt, adäquates Verhalten zu erlernen, orientiert sich an den Werten und Normen einer Gesellschaft oder Institution
Methode	Zielorientiert und methoden-geleitet	Zielorientiert und methoden-geleitet	Situativ und ungeplant	Zielorientiert, strukturiert

Tabelle 1: Abgrenzung des Beratungsbegriffes gegenüber Therapie, Alltagsberatung und Erziehung hinsichtlich Inhalt, Vorkommen, Ziel und Methode nach Koch-Straube (vgl. Koch-Straube 2008, S.68-70)

Eine genauere Unterscheidung kann noch zwischen den Begriffen Beratung und Therapie getroffen werden. So sagt Redlich (1997) beispielsweise, dass erst therapeutische Behandlung ansetzt, wo die Beratung nicht mehr ausreichend ist. Die Verhaltenstherapie versucht Maßnahmen zur Verhaltensänderung zu erarbeiten, humanistische Therapien setzen sich mit einer authentischen Darstellung des inneren Erlebens auseinander, die

systemische Therapie stellt Hilfe zur Ausarbeitung akzeptabler menschlicher Beziehungsformen und klinisch diagnostische Therapien informieren über messbare Sachverhalte (vgl. Engel 2011, S.32-33).

Mutzeck (2008) unterscheidet die beiden Begriffe anhand folgender Kriterien: Beratung erfolgt über einen kürzeren Zeitraum als Therapie, behandelt aktuelle Probleme und strebt Zielsetzungen an, während Therapie bei schwereren Störungen ansetzt und tiefergehende Arbeit erfordert, die eine Selbstexploration des Betroffenen zum Ziel hat (vgl. Mutzeck 2008, S.15; Engel 2006, S.33).

2.4. Beratung im Pflegebereich

Nachdem der allgemeine Beratungsbegriff näher erläutert wurde, soll im folgenden Kapitel die Beratung im Bereich der Pflege näher beleuchtet werden. Dazu ist es notwendig, den Begriff der Pflege zu definieren und ein passendes Pflegeverständnis zu beschreiben. In diesem Kontext soll von folgender Definition der Pflege ausgegangen werden, die von der ICN (International Council of Nursing) festgeschrieben wurde und vom Deutschen, Österreichischen und Schweizer Gesundheits- und Krankenpflegeverband übersetzt wurde.

"Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung" (ICN, www.oegkv.at, Zugriff am 30.12.2012).

Das Pflegeverständnis in dieser Arbeit knüpft an das Pflegemodell von Dorothea Orem an, da es in der Praxis ein häufig verwendetes Pflegemodell auf neurologischen Stationen ist und für die Betreuung von SchlaganfallpatientInnen passend erscheint. Parallelen mit Konzepten der Beratung können erkannt werden. Um das Pflegemodell nach Orem zu verstehen, gilt es einige der von ihr beschriebenen Begriffe zu verstehen und miteinander

zu verknüpfen. Sie beschreibt den Begriff der „Selbstpflege“, auf welchem das Modell aufgebaut ist. Damit meint sie „...die Ausübung von Tätigkeiten, die Menschen im eigenen Interesse einleiten und durchführen, um ihr Leben, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu erhalten“ (Orem 1991, S.117 zit. n. Cavanagh 1997, S.20). Das setzt aktives Handeln voraus, welches von Wissen und Kompetenzen gesteuert wird. Auch die Vernunft zu gebrauchen, sowie Entscheidungskompetenzen für angemessene Vorgehensweisen anzuwenden werden vorausgesetzt (vgl. Cavanagh 1997, S. 20-21).

Die „Selbstpflegeerfordernisse“ sind auch zentrale Komponenten des Modells, welche die Einschätzung des/der PatientIn erleichtern. Dabei unterscheidet sie die acht universellen Selbstpflegeerfordernisse, welche unabhängig von Geschlecht, Gesundheitszustand, Alter Entwicklung und Umwelt des/der PatientIn die Grundlage von Selbstpflege bilden. Dazu zählen die Zufuhr von Luft, Wasser und Nahrung, Management von Ausscheidungsprozessen und Ausscheidungen, ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Aktivität und Ruhe, allein sein und sozialer Interaktion, sowie die Abwendung von Gefahren für menschliche Gesundheit und Wohlbefinden und Leben. Als letzte Grundlage nennt Orem noch die menschliche Funktionsfähigkeit und Entwicklung innerhalb sozialer Gruppen (vgl. Cavanagh 1997, S.22-23).

Sie definiert neben den universellen Selbstpflegeerfordernissen auch noch entwicklungsbedingte und krankheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse. Aufgrund der Relevanz, wird nur auf die krankheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse kurz eingegangen. Sie treten dann in den Vordergrund, wenn der Mensch krank, verletzt oder behindert ist. Dazu zählen: sich um eine angemessene medizinische Versorgung zu bemühen, die Auswirkungen und Resultate der Erkrankung wahrzunehmen und diesen entgegenzuwirken, die verordneten diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen effektiv durchführen und Verschlechterungen präventiv entgegenwirken zu können, den Bedarf der unterstützenden Pflege zu erkennen und anzunehmen, sowie die Lebensführung an die Auswirkungen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen anzupassen. Das Konzept krankheitsbedingter Selbstpflegeerfordernisse implementiert auch, sich im Falle der Notwendigkeit, Hilfe und Rat zu suchen, wenn die Selbstpflegeerfordernisse nicht mehr selbst befriedigt werden können (vgl. Cavanagh 1997, S. 27-28).

Sind die Selbstpflegefähigkeiten eines Individuums überfordert, zum Beispiel durch Krankheit, so sind die erlernten und entwickelten Selbstpflegekompetenzen² nicht mehr ausreichend, um den Selbstpflegebedürfnissen gerecht zu werden - Orem spricht dann von „Selbstpflegedefiziten“ (vgl. Cavanagh 1997, S.30-31).

Durch Pflegeinterventionen kann der/die PatientIn diesen Selbstpflegeerfordernissen dann wieder gerecht werden (siehe Abbildung 1).

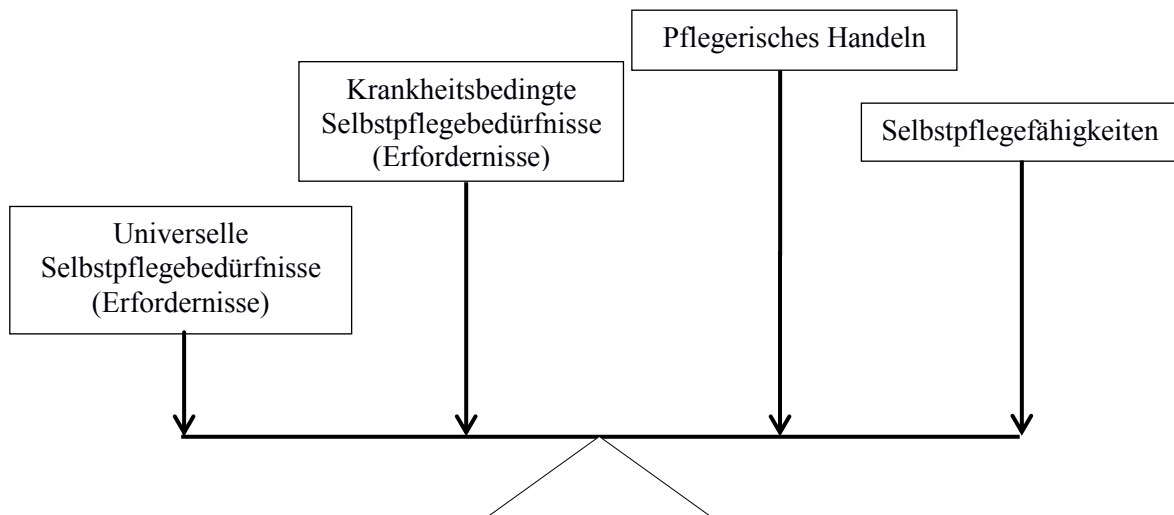


Abb.1: Darstellung zur Einwirkung pflegerischen Handelns zum Wiedererlangen der Selbstpflegefähigkeiten nach Cavanagh (vgl. Cavanagh 1997, S.34)

Nachdem nun ein Pflegemodell vorgestellt wurde, sollen nun auch die Begrifflichkeiten der Pflege festgelegt werden.

Das Paradigma der Pflege beziehungsweise die Schlüsselkonzepte der Pflege nach Fawcett (1978) werden für diese Arbeit wie folgt angenommen:

Person (der Mensch):

Ist im Falle dieser Arbeit sowohl der/die PatientIn, als auch die Pflegeperson in der beratenden Rolle. Der/die PatientIn wird dabei ganzheitlich gesehen mit allen seinen Ressourcen und Defiziten, die Pflegeperson mit ihrem Fachwissen und Beratungskompetenzen. Geyer, Rose und Zwicker-Pelzer (2011) beschreiben, dass der/die PatientIn als eingeschränkt in einer der vielen Dimensionen zu sehen ist und

² „Die Fähigkeit eines Menschen, sich an der eigenen Selbstpflege zu beteiligen, nennt sie eine „Selbstpflegekompetenz“ (Orem 1991 zit. n. Cavanagh 1997, S.35)“.

Ganzheitlichkeit eine zentrale Dimension im Beratungshandeln ist (vgl. Geyer, Rose, Zwicker-Pelzer 2011, S.69).

Auch Orem beschreibt die universellen Selbstpflegeerfordernisse, welche physische, psychische, soziale und spirituelle Komponenten des Lebens einbeziehen (vgl. Cavanagh 1997, S.23).

Umwelt/Umgebung:

Die Umwelt beschreibt das Umfeld von PatientInnen. Dazu gehören auch die Angehörigen, welche im Rahmen dieser Arbeit einen hohen Stellenwert einnehmen. In dieser Arbeit wird beim Begriff der Angehörigen von der Definition nach Duss von Werdt ausgegangen. Er spricht von einem „...relevanten System, zu dem für die jeweilige Lebenswelt wichtigen Personen gehören. Es können solche darunter sein, die gar nicht Angehörige im engeren Sinn sind“ (Käppeli 2004, S.11).

In Österreich sind es 80 Prozent der Pflegebedürftigen, die im poststationären, häuslichen Bereich von Angehörigen gepflegt werden, weshalb das Einbeziehen dieser in die Pflege und Beratung dringend notwendig ist (vgl. Schober, Schober, Kabas 2007, S.14).

Im weiteren Sinne gehören zur Umwelt von PatientInnen auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren und Ressourcen, die Einfluss auf die Lebensqualität haben.

„Lebensstil, Umweltbedingungen und soziale Beziehungen sind von entscheidender Bedeutung für die psychische und physische Gesundheit eines Individuums“ (Statistik Austria: österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 Gesundheitsdeterminanten, www.statistik.at, Zugriff am 18.12.2012)

Gesundheit/Krankheit:

Beim Begriff von Gesundheit und Krankheit beziehe ich mich auf Antonovsky, welcher 1997 erstmals nicht von einer dichotomen Definition von Gesundheit und Krankheit ausgeht, sondern die beiden Begriffe als Endpunkte eines Kontinuums beschreibt, die durchaus nebeneinander existieren können und einander nicht ausschließen müssen. An welcher Stelle der Achse sich jeder Mensch befindet, ist vom Prozess zwischen belastenden (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) abhängig. Das heißt, dass jeder kranke Mensch auch gesunde Anteile in sich trägt. Bezogen auf

Orems Pflegetheorie, kann jeder Mensch trotz Selbstpflegedefiziten auch Selbstpflegekompetenzen aufweisen (vgl. Engel 2006, S.46).

Pflege:

Die Pflegehandlung stellt in diesem Fall die Beratungssituation dar, Ausgangspunkt sind jedoch die Bedürfnisse und Defizite des/der PatientIn. Sie sollen immer ganzheitlich gesehen werden (vgl. Krohwinkel 2007, S.29-30).

Die Beratungssituation wird durch den Beratungsprozess und den Pflegeprozess strukturiert und in einen theoretischen Rahmen eingebettet.

Um die beiden beschriebenen Begriffe, Pflege und Beratung, zu verknüpfen und in einen gemeinsamen Kontext zu bringen, soll vorerst versucht werden, eine Definition für den Begriff der Pflegeberatung zu finden. Ausgegangen wird von einer Definition des Begriffes nach Abt-Zegelin und Huneke (1999):

„Pflegeberatung beschäftigt sich immer mit einem direkten Pflegeproblem, mit dem der Berater berührt ist und für das er eine Lösung sucht. Die Lösung ist das Ergebnis eines beiderseitigen Austauschprozesses. Pflegeberater sind Pflegeexperten. Voraussetzung für eine professionelle Beratung sind das funktionierende Zusammenspiel von Beratungskompetenzen und Pflegefachkompetenzen“ (Abt-Zegelin/Huneke 1999 zit. n. Gittler-Hebestreit 2006, S.38-39).

Im Bereich der Pflege ist der/die PatientIn meist mit Gesundheitsproblemen konfrontiert und aufgrund dieser nicht mehr in der Lage, die Orientierung, Auswahl und Planung von Handlungsschritten selbst durchzuführen. Hier setzt die Beratung durch die Pflege zur Unterstützung oder Ergänzung an (vgl. Engel 2011, S.37).

Knelange und Schierons (2000) Untersuchung zeigt auf, dass sich die pflegerische Beratung vorwiegend mit den Auswirkungen einer Krankheit und deren Auswirkung auf das Individuum befasst (vgl. Knelange, Schieron 2000, S.5).

Engel und Sickendiek gehen davon aus, dass im Gesundheitsbereich unter Beratung häufig Informieren, Aufklären, Tipps und Ratschläge geben verstanden wird. Als Grund dafür wird Zeitmangel für weiterführende Gespräche angenommen (vgl. Engel, Sickendiek 2005, S.163).

Beratungsziele werden oft als Verhaltensänderung formuliert, und als Versuch dem/der PatientIn durch Aufzeigen unterschiedlicher Handlungsalternativen freie Entscheidungen zu ermöglichen (vgl. Geyer, Rose, Zwicker-Pelzer 2011, S.58).

„Beratung ist die gezielte Unterstützung bei Entscheidungen und bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen. Professionelle Beratung hilft dabei, eine gute Wahl zu treffen und die richtigen Schritte zu setzen. Verantwortung und Durchführung der besprochenen Schritte liegen beim Betroffenen“ (Hausmann 2005, S.191).

Laut Mutzeck (2008) ist das Ziel der Beratung, die Kompetenzen zur Entscheidungsfindung zu stärken, um zu einer Problemlösung zu kommen. Die Beratung hat sich an den vorhandenen Kompetenzen des Gesprächspartners zu orientieren (vgl. Mutzeck 2008, S.21).

In der Pflege existieren unterschiedliche Beratungsanlässe um konkrete Themen, wie zum Beispiel veränderte Betreuungssituation oder Wahl und Einsatz bestimmter Hilfsmittel. In den unterschiedlichen pflegerischen Bereichen gibt es adäquate BeratungsexpertInnen wie zum Beispiel Inkontinenzberatung, Diabetesschulung, Entlassungsmanagement und andere mehr. (vgl. Hausmann 2005, S.190)

Man spricht von einer verbindlichen, systematischen und professionellen Pflegeberatung, die zur Bewältigung oder Prävention pflegerischer Probleme führen soll. Die Beratung wird hier ausgehend von einem Beratungsbedarf als eigenständiger, patientenbezogener Bereich gesehen, nicht als integraler Bestandteil der täglichen Pflege. Die Gesundheitsberatung wird als professionelle Leistung der Pflege erbracht (vgl. Engel 2006, S.34).

„Beratung, insbesondere Gesundheitsberatung in der Pflege ist ein Prozess, bei dem in Zusammenarbeit mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen Lösungen zu existierenden oder potentiellen Problemsituationen, die den Gesundheitszustand der Patienten betreffen, erarbeitet werden. Es werden zwei Sichtweisen integriert: Beratung, die sich auf Reaktionen von Krankheiten bezieht („pathogenetisch orientiert“), und (Gesundheits-)Beratung, die sich auf Bedingungen zur Erhaltung bzw. Gestaltung von Gesundheit ausrichtet („salutogenetisch orientiert“)“ (Engel 2006, S.35).

Engel und Sickendiek (2005) beschreiben, angelehnt an die Ergebnisse von Brinkmann-Göbel (2001), das Informieren und Aufklären, das Koordinieren und Unterstützen, die persönliche Beratung und das Stärken einer therapeutischen Pflege-PatientInnenbeziehung als Aufgabe der Pflege. (vgl. Engel, Sickendiek 2005, S.164).

Die Frage, warum professionelle Beratung in der Pflege notwendig ist, lässt sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln erläutern.

Ein wichtiger Grund ist das veränderte Krankheitsspektrum in den Industriestaaten, welches sich hin zu chronisch-degenerativen Krankheiten als gesundheitlichen Schwerpunkt entwickelt hat. Die Verlaufsdauer der Krankheiten verlängert sich dadurch und macht eine immer wiederkehrende Anpassung an eine gesundheitliche Veränderung im Laufe der Jahre notwendig (vgl. Schaeffer, Dierks 2006, S.849-853).

„Die Umstellung der Lebensgewohnheiten, langfristige Therapien oder dringend erforderliche Vorbeugungen verlangen nach einer hochqualifizierten Beratungsleistung seitens des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ (Suditu 2003, S.161).

Aus den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria ergaben sich dazu auch Zahlen, die diese Annahme untermauern.

„Chronische Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter zu. Frauen sind davon in allen Altersgruppen stärker betroffen als Männer. Während nur jeder sechste 15- bis 29-Jährige ein dauerhaftes gesundheitliches Problem hat (125.000 Männer, 140.000 Frauen), sind es bei den über 75-Jährigen etwa zwei Drittel der Bevölkerung (140.000 Männer, 300.000 Frauen)“ (Statistik Austria: Österreichischer Gesundheitsbericht 2006/2007 - Chronische Krankheiten. www.statistik.at, Zugriff am 18.12.2012).

Auch die demografische Veränderung durch eine Alterung der Gesellschaft, stellt PatientInnen immer wieder vor neue Herausforderungen. Eine Prognose der demografischen Entwicklung von Statistik Austria beschreibt diese eindeutig.

„Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen derzeit 18% der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren, so werden es mittelfristig

(2020) rund 20% sein, langfristig (ca. ab 2030) sogar mehr als 25%. Die Absolutzahl der über 80-Jährigen steigt bis 2030 von derzeit. 414.000 um mehr als die Hälfte (+54%) auf 640.000 an“ (Statistik Austria: Ergebnisse der Bevölkerungsprognose 2012, www.statistik.at, Zugriff am 18.12.2012).

Multimorbidität im Alter bringt ältere Menschen immer wieder in Situationen, in denen Probleme des Versorgungssystems und bei der Informationsbeschaffung auftreten.

Weitere Gründe für immer wichtiger werdende PatientInnenberatung bilden auf der einen Seite die Intransparenz des Gesundheitssystems, auf der anderen Seite die rasche Wissensexpansion. PatientInnen fühlen sich mit dem geballten Angebot oft überfordert, können wichtige und relevante Informationen oft nicht mehr herausfiltern und als Ressource nutzen (vgl. Schaeffer, Dierks 2006, S.849-853).

Die Rolle des/der PatientIn hat sich auch dahingehend verändert, dass ein partnerschaftliches Betreuungsverhältnis mit einem/einer „mündigen PatientIn“ angestrebt wird. Um das zu erreichen, erfordert es professionelle Beratung von Seiten der Pflege (vgl. Schaeffer, Dierks 2006, S.849-853).

Die Pflege hat aufgrund ihrer vertrauensvollen Beziehung zu PatientInnen eine ausgezeichnete Voraussetzung und Basis für ein wirksames Beratungsgespräch (vgl. Herberger 2003, S.140). Die Alltagsnähe der Pflege bringt sie auch immer wieder in eine Art Dolmetscherfunktion zwischen Betreuungssystem und PatientInnen und deren Angehörigen (vgl. Warmbrunn 2007, S.24).

Eine Studie vom Österreichischen Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004) konnte den hohen Beratungsbedarf durch die Pflege bestätigen. Etwa 75 Prozent der befragten Personen wiesen mindestens zu einer Angelegenheit Beratungs- und Informationsbedarf auf (vgl. Schober, Schober, Kabas 2007, S.15).

Eine weitere Studie im Auftrag des Österreichischen Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz befasste sich mit der Evaluation des Pilotprojektes „Beratungsscheck“ und konnte im Rahmen dessen einen hohen pflegerischen Beratungsbedarf bei PatientInnen und deren Angehörigen feststellen. Die Studie bezog sich vorrangig auf den extramuralen Bereich und war allgemein an Pflegebedürftige gerichtet. Trotzdem nahmen

das Angebot im ersten Durchlauf nur 1,5 Prozent und im zweiten 2 Prozent in Anspruch. Es konnte der Beratungsbedarf hinsichtlich Pflegetipps, finanzielle und rechtliche Situation, Schulungsprogrammen, Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, extramurale Unterstützungsmöglichkeiten und Pflegegeld identifiziert werden. Zusammenfassend kam die Befragung zu dem Ergebnis, dass 87,7 Prozent der Befragten Personen Beratung (73,8 Prozent trifft zu; 13,8 Prozent trifft eher zu) wichtig ist. Trotzdem haben in der Vergangenheit erst 14,3 Prozent schon eine Beratung in anderer Form in Anspruch genommen. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass sich 70,5 Prozent der befragten Personen bereits vor diesem Beratungsgespräch Informationen geholt haben. Informationsquellen waren dafür hauptsächlich Broschüren (69,8 Prozent) und Freunde/Bekannte (55,8 Prozent). 18,6 Prozent der Befragten haben ihre Informationen aus dem Internet bezogen. Zusammenfassend wurde die pflegerische Beratung als positiv wahrgenommen, aufgrund der angenehmen Atmosphäre, Freundlichkeit und Kompetenz von Seiten der BeraterInnen (vgl. Schober, Schober, Kabas 2007, S.25-27).

Knapp mehr als Dreiviertel der beratenen Personen empfanden das Beratungsgespräch als hilfreich, mehr als die Hälfte der Personen streben künftig an, zusätzliche Pflegedienstleistungen und/oder weitere Beratungsleistungen in Anspruch nehmen zu wollen. 60,4 Prozent der Befragten gaben an, dass sich der Alltag durch die Beratung erleichtert hat (vgl. Schober, Schober, Kabas 2007, S.47-48).

„31,4 Prozent der Befragten (16 Personen) wären auch bereit für eine qualifizierte Beratungsleistung zu zahlen. Je älter die beratenen Angehörigen sind, desto weniger sind sie bereit etwas für eine Beratung zu zahlen“ (Schober, Schober, Kabas 2007, S.29).

Abschließend kann die Beratung in der Pflege auch rechtlich belegt werden, sie ist nämlich im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert.

Einerseits findet sich die Beratung als Inhalt des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches wieder.

"§ 14 (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die

Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege" (ÖGKV, www.oegkv.at, Zugriff am 15.07.2012).

Andererseits hat sie auch im interdisziplinären Tätigkeitsbereich ihre Verankerung.

"§16 (3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung" (ÖGKV, www.oegkv.at, Zugriff am 15.07.2012).

Damit ist die professionelle Beratung in der Pflege definitiv ein gesetzlich geregelter Aufgabenbereich. Als professionelle Tätigkeit hat die Beratung auch spezielle Merkmale und die beratende Pflegeperson entsprechende Kompetenzen aufzuweisen, welche im folgenden Kapitel von unterschiedlichen Sichtweisen beleuchtet werden.

2.5. Beratungsmerkmale und Kompetenzen von BeraterInnen

Die Merkmale der Beratung sind Freiwilligkeit, Beziehung, Hilfsbedürftigkeit des/der Betroffenen, Professionalität des/der BeraterIn und zeitliche Begrenzung der Beratungsbeziehung (vgl. Gittler-Hebestreit 2006, S.36; Suditu 2003, S.169-171).

Koch-Straube (2008) beschreibt auch noch die Selbstmächtigkeit des/der PatientIn - das sind seine/ihre subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, seine/ihre Ideen, dem Leben Sinn zu verleihen und anderes - als essentielles Beratungsmerkmal. Auch fachliches Wissen und Erfahrung sind wichtige Grundvoraussetzungen für beratende Tätigkeit. Die Interaktion muss transparent sein, Wissen muss weiter gegeben, Wünsche und Wahrnehmungen, Kompetenzen und Ressourcen im Verlauf der Krankheitserfahrung

offen gelegt werden. Auch das Ergebnis der Interaktion soll von Offenheit geprägt sein (vgl. Koch-Straube 2008, S.80).

Norwood beschreibt drei zentrale Merkmale professioneller Beratung. Das Kundensystem, welches alle Parteien des Beratungsprozesses inkludiert, die Problemstellung des Beratungsanlasses und die Kompetenz des/der BeraterIn. Der/die KundIn muss immer der/die Pflegebedürftige sein, der/die PflegeberaterIn immer ein/eine PflegeexpertIn mit ausreichenden Beratungs- und Pflegefachkompetenzen. Im Zentrum der Beratung steht immer ein direktes Pflegeproblem, welches durch einen Austauschprozess zwischen PatientIn und BeraterIn gelöst werden soll (vgl. Gittler-Hebestreit 2006, S.38-39; Suditu 2003, S.164-167).

Knelange und Scheron (2000) beschreiben neben Beratungs- und Pflegefachkompetenz auch noch die ethischen Grundwerte Empathie, Kongruenz und Akzeptanz als unverzichtbare Kompetenzen des/der BeraterIn (vgl. Knelange, Schieron 2000, S.4).

Suditu geht auch noch so weit, beratend tätigem Pflegepersonal empirisch erworbenes Fachwissen vorauszusetzen. Konkret bedeutet das, mehrjährige Berufserfahrung ist in ein professionelles Beratungsgespräch einzubringen (vgl. Suditu 2003, S.162). Herberger (2003) ergänzt Fachwissen noch mit sozialer Kompetenz und reflektierter Erfahrung (vgl. Herberger 2003, S.144).

Engel (2011) ordnet die Kompetenzen von BeraterInnen in der professionellen Pflege noch etwas konkreter in drei Kompetenzsets, welche in Tabelle 2 dargestellt werden. Dabei werden stabile Teilkompetenzen, weiterentwickelte Teilkompetenzen und beherrschende Fähigkeiten unterschieden.

Stabile Teilkompetenzen	
• Logisch-analytisches Denken • Einfühlungsvermögen zeigen können • Lernbereitschaft • Verantwortung übernehmen können • selbständig im Berufsvollzug stehen können • Aufweisen von psychische Stabilität • Kontakte aufnehmen können durch eine offene, vorurteilsfreie Wesensart • Arbeitsbeziehungen herstellen können, welche auf Vertrauen und positiver Wertschätzung basieren	
Weiterentwickelte Teilkompetenzen	
Affektiv-sozialer Fähigkeitsbereich • andere motivieren können • individuell fördern können • Gespräche führen können, um verbal und nonverbal Lösungen zu erarbeiten • mit Emotionen, wie Ängsten, Verunsicherung und Frustration umgehen können • selbstkritisch sein	Kognitiver Fähigkeitsbereich • kognitive Flexibilität zeigen können, um den Bedarf an individuelle Bedürfnisse anpassen zu können. • Den Beratungsbedarf und Ressourcen anhand der Problemsituation erkennen • die Schlüsselprobleme als Beratungsprobleme erkennen und lösen können • Beratung planen und umsetzen können und dabei umgebungsbezogene und patientenbezogene Rahmenbedingungen einhalten. • Beratung in Form des geeigneten Beratungstypen umsetzen können.
Beherrschende Fertigkeiten für Beratung	
• Mündliche Sprachfertigkeit, welche durch klare Formulierungen, Nachvollziehbarkeit und gute Argumentation gekennzeichnet ist. • Gesprächstechniken anwenden können • Fähigkeiten der psychologischen Gesprächsführung unter Einbezug von Empathie, Echtheit und Akzeptanz aus der personenzentrierten Gesprächsführung • individuell unterweisen und anleiten können zur Förderung der Selbstpflegekompetenzen und/oder Aneignung neuer Fertigkeiten. • Umgang mit EDV-Systemen, um Anschauungsmaterialien und Merktzettel erstellen zu können, sowie eine gezielte Internetrecherche durchführen zu können.	

Tabelle 2: Beratungskompetenzen in vier Teilbereichen nach Engel (vgl. Engel 2011, S.49-54)

Es werden demnach in unterschiedlichen Quellen eine Vielzahl an Kompetenzen beschrieben, die von BeraterInnen vorausgesetzt werden, wodurch die dringend notwendige fachliche Qualifikation hervorgehoben wird.

2.6. Beratungsgrundsätze in der Pflege

Nicht nur die Kompetenzen von BeraterInnen sind Voraussetzung einer guten Beratung, Engel (2006) beschreibt auch fünf zentrale Grundsätze zur Beratung in der Pflege. (1) Die Ressourcenorientierung. Hierbei wird davon ausgegangen, dass der/die PatientIn bei größtmöglichen Selbstpfledefiziten noch Ressourcenpotentiale besitzt, die in der Beratungssituation identifiziert und genutzt werden können.

(2) Des Weiteren soll die Lösungsorientierung im Vordergrund stehen. Ziel ist immer das Herstellen einer „Lösungskonstruktion“. Das bedeutet, dass der Fokus auf die Lösungsfindung gerichtet ist, einer „Problemrekonstruktion“ entgegen gewirkt werden soll.

(3) Die Pflegeberatung versucht potentiellen pathogenen Faktoren vorzubeugen und hat daher präventive Wirkung. Die Präventionsorientierung ist daher ein weiterer Grundsatz.

(4) Auch die Gesundheitsförderung bietet eine wichtige Grundlage in der Pflegeberatung. In der Beratung sollen die individuellen, salutogenen Faktoren verstärkt werden.

(5) Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie sind Grundvoraussetzungen, um eine tragfähige zwischenmenschliche Beziehung zum/zur PatientIn herstellen zu können, die eine wirksame Beratung ermöglicht. Daher beschreibt Engel (2006) die Interaktionsorientierung als fünften Grundsatz (vgl. Engel 2006, S. 34). Diese Beziehung zwischen BeraterIn und PatientIn stellt die Basis jeder Beratung dar (vgl. Koch-Straube 2008, S.117).

Koch-Straube (2008) definiert zusätzlich den Begriff der Ko-Respondenz als Grundsatz für effektive Pflegeberatung. Da der/die PatientIn immer in Beziehung zu seiner Umwelt und Mitmenschen steht, ist das wechselseitige Wirken und Austauschen von Problemen, Fragen und Emotionen in der Beratung von zentraler Bedeutung (vgl. Koch-Straube 2008, S.117).

Hausmann (2005) sieht auch die Einbindung der Umwelt des/der PatientIn als wichtige Ressource. Angehörige sollten stets einbezogen werden, wenn der/die PatientIn dies wünscht, beziehungsweise zulässt. Eine besondere Bedeutung hat die Einbindung von Angehörigen in den Beratungsprozess bei Kindern und älteren oder desorientierten Menschen (vgl. Hausmann 2005, S.192).

Engel und Sickendiek (2005) sind zudem der Meinung, dass die Subjektorientierung ein wichtiges Merkmal von Gesundheitsberatung darstellt, und diese immer lebensweltorientiert und biografisch ausgerichtet sein sollte (Engel, Sickendiek 2005; S.164).

2.7. Allgemeine Beratungstheorien

Es gibt keine explizite Beratungstheorie, sondern einige theoretische Entwicklungen, die aus sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen abgeleitet werden. So kann man je

nach Disziplin „therapienähe“ (Psychologie), „alltagsorientierte“ (Sozialarbeit) oder „(aus)bildungsorientierte“ (Pädagogik) Handlungsfelder der Beratung unterscheiden. (vgl. Sickendiek 2008, S.55)

Rechtien (1998) stellt die Frage in den Raum, ob Beratungstheorien intersubjektiv gesehen werden können, also wissenschaftlichen Anspruch erheben können, oder eher an subjektiven, persönlichen Theorien orientiert sind. Die Bedeutung subjektiver Theorien liegt darin, eine rasche Orientierung zu finden und Verhaltensentscheidungen zu treffen. Die intersubjektive Theorie setzt den Schwerpunkt auf wissenschaftliche Ansprüche, wie systematische und nachprüfbare Wirklichkeitsbeschreibungen, Zukünftiges unter Angabe von Entstehungsbedingungen voraussagen und Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten erfassen. Er beschreibt die subjektiven, persönlichen Theorien als Bindeglied zwischen intersubjektiver, wissenschaftlicher Beratungstheorie und alltäglicher Beratungspraxis. Sie ermöglichen einerseits den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Beratungspraxis und können andererseits die Resultate und Erkenntnisse einer Kontrolle durch intersubjektive Theorien zuführen. Diese Theorien können Interventionsmöglichkeiten anbieten, die Entscheidung in der aktuellen Problemsituation wird jedoch aus subjektiven Theorien getroffen. Engel (2006, 2011) beschreibt, dass es keine Beratungstheorie gibt, die allgemeingültig in jeder Beratungssituation angewendet werden kann (vgl. Engel 2006, S.14-15, Engel 2011, S.18).

2.7.1. Psychologische Beratungskonzepte

2.7.1.1. Humanistische Konzepte

Die humanistischen Konzepte waren eine Reaktion auf Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Die Gemeinsamkeit aller Disziplinen der humanistischen Konzepte ist, dass sie davon ausgehen, dass der Mensch im Grunde gut und seelisch gesund ist. Er trägt alle Potenziale in sich, ein erfülltes und befriedigendes Leben zu führen. Durch negative Einflüsse (Enttäuschungen, Vernachlässigung,...) wird das Wachstum der Persönlichkeit gestört. Ziel ist, im Rahmen der Beratung die Selbstheilungskräfte des/der PatientIn zu aktivieren. Der Mensch wird in seiner Ganzheitlichkeit wahrgenommen (vgl. Koch-Straube 2008, S.104).

Es gibt unterschiedliche Konzepte innerhalb der humanistischen Verfahren, welche nur kurz angeführt werden. Auf die tiefenpsychologischen Konzepte nach Freud, welche auch zu den humanistischen Theorien zählen würden, wird hier nicht näher eingegangen, weil sie im Sozialbereich und der Pflege keine Anwendung finden.

Ein wichtiges Konzept unter den humanistischen Theorien stellt hingegen die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie bzw. nicht-direktive Beratung nach Carl Rogers dar. Rogers (1902-1987), Begründer der Gesprächspsychotherapie, wies nach, dass die Wirkung der Therapie nicht auf den Einsatz unterschiedlicher Therapiewerkzeuge zurückzuführen ist, sondern auf die Art der Beziehung zwischen BeraterIn und KlientIn. Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelten sich die drei Basisvariablen für eine therapeutische Grundhaltung, welche nicht erlernbar sind, sondern vielmehr als natürliche Kompetenz gesehen werden:

Erstens die Kongruenz oder Echtheit, das heißt eine offene, ehrliche Haltung dem/der Beratenen gegenüber. Zweitens wird Akzeptanz und Wertschätzung des Problems beschrieben. Das beinhaltet, das Problem nicht zu bewerten oder zu verurteilen. Laut Mutzeck (2008) konnte in empirischen Studien auch der Zusammenhang von Akzeptanz eines anderen Menschen und Selbstakzeptanz immer wieder belegt werden. Als dritte Variable wird die Empathie genannt. Das bedeutet einführendes Verstehen, sich in die Situation einfühlen und diese verstehen können (vgl. Koch-Straube 2008, S.105-107; Warmbrunn 2007, S.19; Mutzeck 2008, S.97-99).

Es werden primär gefühlsmäßige Anteile in einer Problemsituation berücksichtigt, kognitive Aspekte sind sekundär. Positive Wertschätzung, Echtheit/Selbstkongruenz und empathisches Verstehen bewirken, dass sich der/die KlientIn angstfrei mit seinem/ihrer Erleben auseinandersetzen kann und ein Prozess der Selbstexploration in Gang gesetzt wird, welcher kognitive (durch Herstellen von Zusammenhängen, Analyse von Erfahrungen) und emotionale (Bereitschaft verdeckte Gefühle zuzulassen) Veränderungen mit sich zieht. Ziel ist das Erkennen der Gefühle, die mit dem Problem verbunden sind und Beseitigung der daraus resultierenden Blockierungen. Diese Grundhaltungen von Rogers (1902-1987) sind Basis für einen offenen, vertrauensvollen Umgang und den Aufbau einer guten Beratungsbeziehung (vgl. Engel 2006, S.19-20, Gittler-Hebestreit 2006, S.43; Rechten 1998, S.44-47,51).

„Die Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen von (chronischen) Krankheiten einerseits und die Einordnung der körperlichen Störungen in ihren psychosozialen Zusammenhang andererseits stehen als gemeinsamer Nenner im Vordergrund“ (Koch-Straube 2008, S.106).

Gesprächspsychotherapie ist aus der heutigen Sicht nicht mehr ausreichend, weil sie hohe verbale Kompetenz und die Bereitschaft zur Veränderung der Situation voraussetzt (vgl. Koch-Straube 2008, S.105).

Andere Therapiekonzepte unter den humanistischen Konzepten sind Psychodrama (Moreno), Gestalttherapie (Perls), Transaktionsanalyse (Berne), Integrative Therapie und Logotherapie (Frankl). In dieser Arbeit wird darauf nicht genauer eingegangen, weil sie für die Pflege nur bedingt Anwendung finden.

Alle diese Formen haben gemein, dass das Verstehen psychischer Probleme und das Schaffen von Möglichkeiten zur Veränderung im Vordergrund stehen.

2.7.1.2. Verhaltenswissenschaftliche Konzepte

Der verhaltensorientierte Beratungsansatz geht auf psychologische Lerntheorien, wie Skinner und Pawlow zurück. Nach einem Paradigmenwechsel wurden erstmals komplexe Verhaltensweisen beobachtet. Das Konzept des „Modelllernens“ nach Bandura (1962) beschreibt, dass Menschen bestimmte Verhaltensweisen an einer Person (Modell) beobachten, diese kognitiv verarbeiten und speichern. Das Verhalten wird dann entweder sofort oder gehemmt praktiziert oder unterlassen (vgl. Warmbrunn 2007, S.18; Engel 2006, S.20-21).

Verhaltenstherapien verfolgen einen naturwissenschaftlichen Weg und gehen davon aus, dass Verhalten, erwünscht oder nicht erwünscht, förderlich oder krankmachend ist, gelernt und damit auch verlernt werden kann. Dieser Beratungsansatz geht davon aus, dass eine Lernstörung oder ein Lerndefizit besteht. Die Beratungsinterventionen wurden aus den Konzepten der Lerntheorie entwickelt (vgl. Koch-Straube 2008, S.107-108; Warmbrunn 2007, S.16).

Anwendung finden diese Vorgehensweisen zum Beispiel in der Verhaltensmedizin. Das Ziel ist, der Gesundheit schadende Lebensstile und Verhaltensweisen zu verändern und an die neue Gesundheitssituation anzupassen. Neue Verhaltensmuster, Handeln und Denken

werden erlernt. Es geht also darum, Alltagskompetenzen und Selbstpflegefähigkeiten zu stärken und Ressourcen zu fördern. Sie wird meist eingesetzt, wenn die Heilung nicht mehr möglich erscheint. Auf verhaltenswissenschaftlichen Konzepten basieren vorwiegend PatientInnenschulungen (vgl. Koch-Straube 2008, S.107-108; Warmbrunn 2007, S.18).

Ein weiteres Beispiel der Anwendung sind ergebnisorientierte Pflgetheorien, wie das Modell der Gesundheitspflege von Reinhard Lay. Dabei wird das Ziel verfolgt, das Verhalten der PatientInnen an die durch die Folgen der Erkrankung veränderte Lebenssituation anzupassen (vgl. Koch-Straube 2008, S.107-108).

2.7.1.3. Systemische/Familientherapeutische Konzepte

Von den SystemtheoretikerInnen wird die These vertreten, dass nicht das Individuum gestört oder krank ist, sondern die Beziehung zu seinen Mitmenschen. Die Familie steht als kommunikatives System im Mittelpunkt, Probleme des Einzelnen bleiben unberücksichtigt. Es werden schlecht funktionierende Strukturen und Prozesse der Kommunikation therapiert. Das System wird als strukturiertes Ganzes gesehen, wobei die Teile nach bestimmten Regeln und Prinzipien geordnet sind. Jedes dieser Systeme hat seine Bedeutungszuschreibung, große Bedeutung innerhalb des Systems haben Kommunikation und soziale Interaktion. Das Individuum als Symptomträger wird zur Störung in der Familie. Die Diagnose des Individuums wird auf die Familie übertragen, wodurch das Gesamtsystem gestört wird. Ziel ist eine Lösungsfindung für das gesamte System, neue Handlungsmöglichkeiten und Verhaltensweisen sollen angeeignet werden (vgl. Warmbrunn 2007, S. 21-22; Engel 2006, S.180-186).

In der Gesundheits- und Krankenpflege kann der/die PatientIn als Symptomträger für eine Störung im System empfunden werden (vgl. Engel 2006, S.28-30; Sickendiek 2008, S.179).

Oft wird das Verhalten des betroffenen Familienmitgliedes durch das Beziehungsgefüge des sozialen Systems erklärt. Oft beobachten Pflegende die Interdependenzen im Verhalten des/der PatientIn mit den Familienangehörigen. (vgl. Koch-Straube 2008, S.109).

Anhand des systemischen Blickwinkels haben Hummel-Gaatz und Doll 2006 versucht, ein Beratungsmodell, das systemische Beratungsmodell HUGADO, zu beschreiben, in

welchem das Beratungsgeschehen als Wechselwirkung zwischen der „Lebenswelt Patient“ mit dem „Betreuungssystem“ steht.

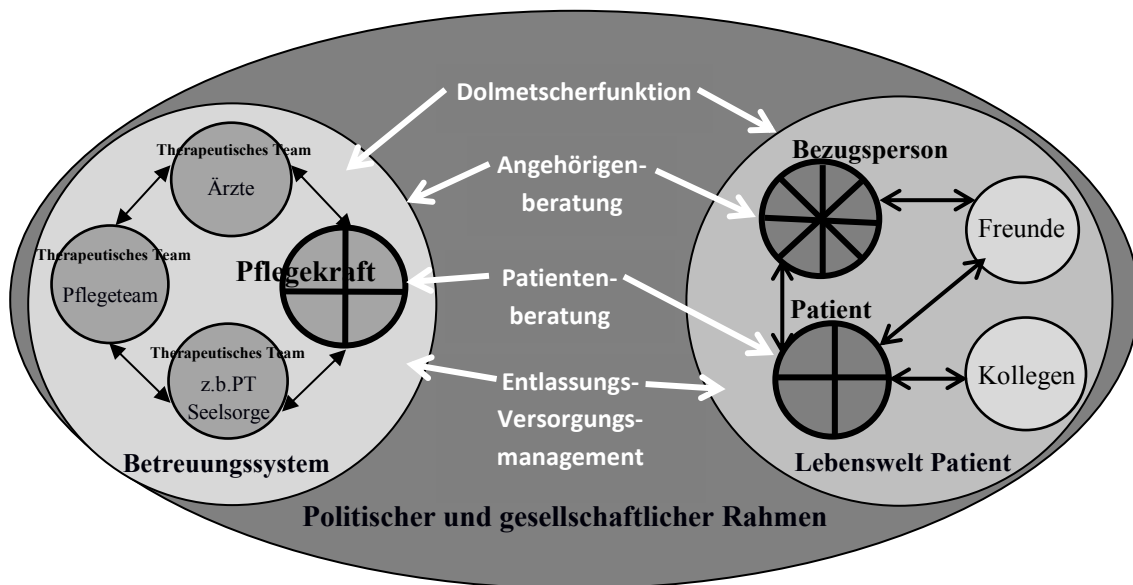


Abb. 2: Patient mit vier Dimensionen, Bezugsperson mit vier Kompetenzen und vier Dimensionen. Systemisches Beratungsmodell HUGADO nach Hummel-Gaatz und Doll (vgl. Warmbrunn 2007, S. 22) Weiße Pfeile – Beratungsprozess, schwarze Pfeile - Interaktion

Der Beratungsprozess stellt dabei den Interaktionsprozess zwischen den beiden Systemen dar und diesen in einen politischen und gesellschaftlichen Kontext. Der Prozess wird hier zirkulär dargestellt, um die ständige Wechselbeziehung zwischen den Kompetenzen der Pflegeperson (Fach-, Methoden- Sozial- und Personalkompetenz) und den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial und spirituell) des/der PatientIn zu verdeutlichen. Als äußerst wichtige Komponente wird auch die Bezugsperson, also Angehörige gesehen, welche Beratung einerseits, und Kompetenzerwerb andererseits benötigen, um ihre neue Doppelrolle als Angehörige und Betreuende wahrnehmen zu können (vgl. Warmbrunn 2007, S. 22-25).

2.7.2. Sozialwissenschaftliche Beratungskonzepte

Hier findet ein Paradigmenwechsel statt. Weg von der krankheitsorientierten, individualistischen Sichtweise, hin zur Beratung, die soziale und ökonomische Lebensbeziehungen des Individuums einbezieht. Es wurde zunehmend von der Dichotomie psychologischer und sozialer Beratung Abstand genommen und es entstanden Konzepte psychosozialer Beratung.

„Psychosozial impliziert ein Mensch- und Gesellschaftsbild, das psychische und soziale Befindlichkeiten in Verbindung zu sozialen Lebens- und Umweltbedingungen setzt “ (Sickendiek et al. 2002, S.19).

Psychosoziale Beratung ist mit der Alltagswelt des/der PatientIn konfrontiert. Die Vorgehensweise fasst problem-, klientenzentrierte und zielspezifische Methoden zusammen und integriert diese in die Beratungssituation (vgl. Koch-Straube 2008, S.110-111).

Sozialwissenschaftliche Konzepte der Beratung in der Pflege sollten die folgenden Merkmale der „Counselling Psychology“ beinhalten: Lebens- und Alltagsorientierung, Ressourcen- und Kompetenzorientierung, Aufbau einer symmetrischen, offenen Beziehung, Vermittlung von Expertenwissen, Auseinandersetzung mit konkreten Fragestellungen im Hier und Jetzt. Sie sollten das Ziel nach Belardi verfolgen, den Grad der eigenen Autonomie und Mündigkeit zu erhöhen (vgl. Koch-Straube 2008, S.12).

2.7.3. Integrative Beratung

Die integrative Beratung bietet einen theoretischen Rahmen und ein Konzept zur Umsetzung in die Praxis. Sie ist ein Prozess des kontinuierlichen Differenzierens und Integrierens und orientiert sich an Elementen der Psychoanalyse, Gestalt- und Verhaltenstherapie. Der Leib stellt zwar den Fokus dar, wird aber im Kontext der psychischen, sozialen und spirituellen Dimension gesehen (vgl. Warmbrunn 2007, S.21).

Es werden im Hintergrund aber auch philosophische, natur- und sozialwissenschaftliche Perspektiven des Menschen einbezogen (vgl. Koch-Straube 2008, S.113).

Die Schwerpunkte und Grundkonzepte der integrativen Beratung werden von Koch-Straube (2008) wie folgt beschrieben. Die Ko-respondenz bezeichnet die Tatsache, dass der Mensch stets in Beziehung zur Umwelt und seinen Mitmenschen steht und aufgrund dieser Tatsache fähig ist, sich zu entwickeln, zu überleben oder zu verstehen. Die Integration zielt nicht nur auf die Zusammenführung verschiedener therapeutischer Schulen ab, sondern versteht vielmehr das menschliche Leben an sich als permanenten Integrationsprozess (vgl. Koch-Straube 2008, S.115).

„Das Leben stellt uns beständig vor neue Ereignisse, Situationen, die wir integrieren müssen, integrieren wollen, die wir nicht - noch nicht integrieren können oder wo sich Integration einfach ereignet, ohne dass wir es bemerken...“ (Orth, 1993, S.371 zit. n. Koch-Straube 2008, S.115)

„Beratung (und Therapie) unterstützt den Menschen in seiner Aufgabe, herausragende, kritische, unbewältigbar erscheinende Ereignisse in sein Leben zu integrieren, Ereignisse wie z.B. Verlust von wichtigen Bezugspersonen durch Tod oder Scheidung, schwere Krankheiten, Kränkungen, Sterben, Geburt,...“ (Koch-Straube 2008, S.115)

Die Leiblichkeit stellt sie bewusst in den Vordergrund. Die Dichotomie vom Körper einerseits und Gefühlen, Gedanken und Phantasien andererseits, wird durch den Begriff Leib überwunden und zu einem Gesamten zusammengefasst. (vgl. Koch-Straube 2008, S.114-115)

Die integrative Beratung kann durch einige Charakteristika beschrieben werden. Sie versteht sich als Lernprozess, der das Ziel verfolgt, die schwierige, unlösbar erscheinende Situation durch persönliches Wachstum und Veränderung zu entlasten (vgl. Koch-Straube 2008, S.114).

Pflegende in der Beraterrolle können die Verbindung zwischen den körperlichen Erfordernissen und der bio-psycho-sozialen Situation des/der PatientIn herstellen und seinen ganzheitlichen Bedürfnissen gerecht werden. Dazu ist jedoch Kooperation und eine Problemsicht im gesamten Kontext erforderlich. Das Ziel von Beratung ist die Akzeptanz der Krankheit, sowie die Integration der damit verbundenen Gefühle und Beeinträchtigungen in den gewohnten Alltag. Zur Umsetzung werden Interventionen gesetzt, die darauf abzielen, die personale³, soziale⁴ und lebenspraktische⁵ Kompetenz zu

³ „...ist die Fähigkeit und Fertigkeit, sich selbst wahrzunehmen, sich zu regulieren und seine Potenziale in seinem sozialen Kontext zu verwirklichen“ (Rahm 1990, S.113 In: Koch-Straube 2008, S.119).

⁴ „...ist die Fähigkeit und Fertigkeit, soziale Situationen in Übereinstimmung mit der Realität wahrzunehmen und zu strukturieren und seinen Mitmenschen angemessen zu begegnen, sich mit ihnen auszutauschen und mit ihnen zusammenzuarbeiten“ (Rahm 1990, S.113 In: Koch-Straube 2008, S.119).

stärken und Fertigkeiten zur Umsetzung erlernter Fähigkeiten im Alltag zu erlangen. (vgl. Koch-Straube 2008, S.118-119)

Grundlage für Beratung ist immer eine Diagnose, welche die Ursache des Problems beschreibt. Sie findet nicht einmalig statt, sondern verläuft kontinuierlich als begleitender Prozess während der gesamten Beratung. Der Diagnoseprozess erfolgt unter Berücksichtigung folgender Aspekte. Es wird eine Analyse der Lebenswelt, der Ressourcen, der Bedürfnisse und Interessen, sowie der Probleme, Konflikte und dem Lebenskontinuum durchgeführt (vgl. Koch-Straube 2008, S.119-120).

„Eine leiborientierte Beratung, die die Lebenssituation eines Menschen entfaltet aufnimmt und die Kompetenzen, Ressourcen, Wünsche, Bedürfnisse, inneren und äußeren Konflikte wahrnimmt und ihre Klienten darin unterstützt, auch schmerzliche Einschnitte bewusst und verantwortungsvoll in das eigene Kontinuum des Lebens zu integrieren, ist eine gute Basis für eine Pflege, die als Sorge bezeichnet werden kann.“ (Koch-Straube 2008, S.121)

Diese Grundkonzepte und theoretischen Darstellungen bieten eine gute Grundlage zum Verständnis des Beratungsbegriffes und allgemeiner Beratungstheorien. Die integrative Beratung als Beispiel der Implementierung der Theorien in die Praxis stellt eine gute Überleitung zum nächsten Kapitel dar, welches einen fokussierten Blick auf spezielle pflegebezogene Beratungskonzepte wirft.

2.8. Pflegebezogene Beratungskonzepte

Aus den Grundprinzipien der Pflegeberatung, Beratungsgrundsätzen und der allgemeinen Beratungstheorien können pflegebezogene Beratungskonzepte abgeleitet werden.

2.8.1. Ressourcenorientierte Konzepte

Sie beruhen auf dem Prinzip, dass die Lebensführung und Problemlösung von der Verfügbarkeit und dem adäquaten Einsatz von Ressourcen bestimmt wird.

⁵ „...bedeutet, über alle Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten zu verfügen, die der Alltag im Familien- und Berufsleben und in der sinnvollen Gestaltung von Freizeit fordert“ (Rahm 1990, S.113 In: Koch-Straube 2008, S.119).

Nach Hobfoll/Lilly (1993) steht jedem Individuum ein Set an menschlichen Ressourcen zur Verfügung. Dazu gehören Bedürfnisse der materiellen Umwelt, also Objekte wie Wohnung und Kleidung. Die Lebens- und Umweltbedingungen sind persönlich geschätzte Zustände oder werden als solche angestrebt, zum Beispiel Status, Sicherheit oder Zuwendung. Die Personenmerkmale als zentrale Elemente des positiven Selbstbildes, wie hoher Selbstwert, Bewältigungsoptimismus, Kontrollbewusstsein, soziale Kompetenz sind auch Teil des beschriebenen Ressourcensets. Zur Erreichung der angestrebten Objekte bedarf es noch Energieressourcen. Diese können Geld, Wissen oder Vertrauen bei Menschen sein. Eine Kategorisierung ist schwierig, weil Personen- und Umweltsysteme nicht nur nebeneinander existieren, sondern auch miteinander interagieren (vgl. Engel 2006, S.38; Engel 2011, S.55).

Den theoretischen Hintergrund bildet die Ressourcenkonservierungstheorie nach Hobfoll et al (1993). Sie geht davon aus, dass „...wenn Ressourcen fehlen, Ressourcen verloren gehen oder Ressourcenverlust befürchtet wird, werden Menschen für physische und psychische Probleme anfällig und verletzlich (Hobfoll et al. 1993, zit. n. Engel 2006, S.38)“.

Der Erhalt dieser Ressourcen ist prinzipiell anzustreben. Der Verlust von eigenen Fähigkeiten ist ausschlaggebend für das Erfahren von Wohlbefinden oder Beeinträchtigung, weil Existenzgefährdung damit einhergehen kann. Der Ressourcengewinn hingegen ist zwar positiv, jedoch eine weniger relevante Steigerung des Wohlbefindens. Personen mit mehr Potenzial sind eher Ressourcengewinner und weniger anfällig für Ressourcenverluste, PatientInnen mit weniger Ressourcen werden weniger hinzugewinnen und sind anfälliger für Verluste (vgl. Engel 2006, S.38-39).

Ausgangspunkt für die ressourcenorientierte Beratung sind objektive, subjektive, sowie selbst- und fremdformulierte Problemsituationen durch Verlust oder Defizite von Ressourcen. Zentrale Ansatzpunkte in der Beratung sind Ressourcenorientierung, Ressourcendiagnostik, Ressourcensicherung und Ressourcenpassung. Vorerst ist bei der Orientierung darauf zu achten, dass bei der Ressourcenperspektive der Blickwinkel auf Stärken und Potenziale der Person gelenkt wird, die Defizite in der Problemsituation aber nicht ignoriert werden. In der Diagnostik sollen Ressourcen identifiziert, nicht genutzte reaktiviert und vorhandene Ressourcen erhalten beziehungsweise gesichert werden. Dazu ist eine detaillierte Wahrnehmung sozialer, institutioneller und umweltbezogener

Ressourcen notwendig. Die Person soll auch selbst persönliche Kompetenzen und Umweltressourcen einschätzen und nutzen. Im Rahmen der Ressourcensicherung ist es wichtig, dass bei ressourcenarmen Personen die Verlustspirale durchbrochen oder verhindert werden kann, danach soll ein Gewinn von ökologischen, ökonomischen, sozialen und persönlichen Ressourcen angestrebt werden. Bei ressourcenreichen Personen steht der präventive Ansatz im Vordergrund und die Beratung befasst sich mit einem gezielten Einsatz der vorhandenen Ressourcen. Bei der Ressourcenpassung geht es darum, förderbare und vorhandene Ressourcen zu koordinieren, persönliche Ressourcen und Umweltressourcen anzupassen. Es kann auch von Anpassungs- und Abstimmungsversuchen zwischen Ressourcen und Bedürfnissen gesprochen werden (vgl. Engel 2006, S.40-41; Sickendiek 2008, S. 215-217).

In der PatientInnenberatung definierte auch die WHO 1998 einen Oberbegriff, nämlich „Health Literacy“. Er wird im Rahmen der Ressourcenorientierung genannt, weil es um Kompetenzstärkung des Individuums geht. Damit ist gemeint, dass kognitive und soziale Kompetenzen des/der PatientIn soweit durch Beratung gestärkt werden sollen, dass der Zugang zu Informationen, sowie das Verstehen und Nutzen dieser zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen können. Dadurch kann der/die PatientIn auch aktiv am Entscheidungsprozess der Gesundheitserhaltung und -verbesserung beitragen (vgl. Schaeffer, Diecks 2006, S.845).

2.8.2. Lösungsorientierte Konzepte

Das Konzept konzentriert sich auf die Problemlösung und nicht auf die Analyse des Problems. Die lösungsorientierten Konzepte lehnen sich an die Kurztherapie von Milton Erikson an, welche in den 1970er Jahren entstanden ist. Der Fokus liegt im Eruiere von Kompetenzen und Ressourcen, um einen Lösungsweg zu finden (vgl. Engel 2006, S.41-42).

Das lösungsorientierte Beraten orientiert sich am systemischen Ansatz, welcher nicht das Individuum selbst als Ursache des Problems bezeichnet, sondern den Lebenskontext des Individuums mit all seinen psychosozialen Komponenten und Interaktionsmustern. Es geht daher um interpersonelle Kommunikation in einem komplexen System. Die Grundbausteine sind Zirkularität, Konstruktivismus und Kybernetik zweiter Ordnung. Jede menschliche Handlung ist Konsequenz von Verhaltensweisen anderer und umgekehrt. Das

Problem entsteht daher immer durch das Zusammenwirken mehrerer Beteiligter, auch wenn es sich nur bei einer Person als solches auswirkt. Beratung bezieht sich hier auf zirkuläre Prozesse und legt den Fokus auf die Wahrnehmungs- und Handlungsbeiträge der beteiligten Personen. Aufgrund von Erfahrungen mit der Umwelt konstruiert sich jeder Mensch seine eigene Realität, die auch darüber entscheidet, wie eine Situation wahrgenommen, bewertet und schlussendlich darauf reagiert wird. Bei interpersonellen Konflikten treffen also zwei kreierte Realitäten aufeinander. Die Beratung geht davon aus, dass diese kreierte Realitäten auch wieder verändert werden können, wobei der/die KlientIn selbst über die Nützlichkeit der Konstrukte entscheiden kann. Der/die BeraterIn ist in der Beratungssituation nie objektiv, sondern beeinflusst bestimmte Interaktionsmuster bewusst oder unbewusst. In der Beratung soll ein Gleichgewicht zwischen Anregung zur Lösungsfindung und Autonomie in der Festlegung der Lösung gefunden werden (vgl. Engel 2006, S.41-42; Engel 2011, S.59-62).

Um lösungsorientiert zu beraten sollte die Konzentration auf die Lösung des Problems durch Entwickeln alternativer Verhaltensweisen gelegt werden. Vorhandene Ressourcen werden in die Lösungskreation nützlich eingebunden. Probleme können aus konstruierten Realitäten entstehen, und demnach auch umkonstruiert werden. Aber nicht jedes Problem ist ein Wahrnehmungskonstrukt. Jede Lösung verursacht auch Veränderung (z.B. Wahrnehmung, Gedanken, Gefühle). Nach lösungsorientierter Sicht genügt schon die Veränderungserfahrung, also ein erster Schritt, um vorgefasste Sichtweisen und Selbstbilder zu durchbrechen und stellen einen essentiellen Bestandteil des Beratungsprozesses dar. Manchmal ist nur eine Minimalintervention, ein kurzes, zielgerichtetes Eingreifen notwendig. Diese Initiative kann bereits Veränderung bringen, weil dadurch die eigenen Kräfte des/der PatientIn mobilisiert werden (vgl. Engel 2006, S.43; Engel 2011, S.59-62; Sickendiek 2008, S.85-87)

2.8.3. Präventions- und gesundheitsfördernde Konzepte

In Anlehnung an die Ottawa Charta 1986 hat die WHO eine deutliche Trennung der bisher synonym verwendeten Prävention von Krankheit und Gesundheitsförderung vollzogen. Prävention und Gesundheitsförderung haben sich zu zwei unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen entwickelt.

Grass (1999) unterscheidet die Begriffe folgendermaßen: Prävention sieht Gesundheit als objektives Fehlen von Krankheit, wobei der zentrale Ansatzpunkt die Pathogenese ist. Die Handlungsstrategien sind auf Risikofaktoren ausgerichtet und werden ausnahmslos von Fachpersonal ausgeführt. Gesundheitsförderung hingegen ist ein positives, mehrdimensionales Konzept des Wohlbefindens, welches dem Ansatz der Salutogenese folgt. Die Strategien richten sich auf die Gesamtbevölkerung, wobei die Maßnahmen meist von Laienbewegungen oder durch Selbsthilfe ausgeführt werden (vgl. Engel 2011, S.62-63).

In der folgenden Tabelle von Laser/Hurrelmann (1998) wird die Abgrenzung nach Zeitpunkt, Zielgruppe und Zielsetzung dargestellt (vgl. Engel 2011, S.63).

	Gesundheitsförderung	Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention
Interventionszeitpunkt	Gesundheitszustand	Erkennbare Risikofaktoren	Krankheitsfrühstadium	Nach akuter Krankheitsbehandlung
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen	Patienten	Rehabilitanden
Zielsetzung	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen	Beeinflussung von Verhalten und Risikofaktoren	Beeinflussung von Krankheitsauslösern	Vermeidung von Folgeerkrankungen
Interventionsorientierung	Ökologischer Ansatz	Vorbeugender Ansatz	Korrektiver Ansatz	Kompensatorischer Ansatz

Tabelle 3: Abgrenzung der Gesundheitsförderung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention nach Laser und Hurrelmann (1998) (vgl. Engel 2011, S.63)

Bei der Primären Prävention geht es darum, der Inzidenz von Krankheiten vorzubeugen, indem ursächliche Faktoren beseitigt (zum Beispiel Ausrottung von Virusstämmen), Widerstandskräfte erhöht (zum Beispiel Schutzimpfungen) oder Umweltfaktoren verändert (zum Beispiel Erhöhung von Hygienemaßnahmen) werden (vgl. Sickendiek 2008, S.64; Engel 2006, S.44-45; Engel 2011, S.64).

Die Sekundäre Prävention zielt darauf ab, Krankheiten bei bestimmten Bevölkerungsgruppen frühzeitig zu erkennen und zu therapieren (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen).

Ziel der Tertiären Prävention ist die Verhinderung von Krankheits-verschlechterung und Folgeerkrankungen, wenn bereits eine manifeste Erkrankung besteht (vgl. Engel 2006, S.44-45; Engel 2011, S.64).

Bei der Gesundheitsförderung geht es um alle Aktivitäten und Maßnahmen, welche die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale anstreben. Dabei werden sämtliche Gesellschaftsschichten einbezogen. Die Maßnahmen zielen auf eine Veränderung und Förderung des individuellen und kollektiven Verhaltens ab, streben auch Veränderungen von Lebensweisen an. Ziel der Gesundheitsförderung ist, Ungleichheiten zwischen unterschiedlichen Gesellschaftsgruppen zu reduzieren und Chancengleichheit in der Gesundheits- und Lebenserwartung herzustellen (vgl. Engel 2006, S.45; Engel 2011, S.66-67).

Das „Konzept der Salutogenese“ von Aaron Antonovsky (Medizinsoziologe 1923-1964) bildet die Basis und den Rahmen der Gesundheitsförderung. Die zentrale Frage ist, wie es Individuen schaffen, trotz Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken, gesund zu bleiben. Antonovsky versteht sein Konzept als notwendige Ergänzung zur pathogenen Sichtweise und spricht von einer „komplementären Beziehung“ (vgl. Engel 2006, S.46-48; Engel 2011, S.68).

Diesem Konzept liegen drei Konstrukte zu Grunde: Das Gesundheits-/Krankheitskontinuum, welches bereits erläutert wurde, generalisierte Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl. Widerstandsressourcen sind wichtig zur Bekämpfung von Stressoren. Daher sollten sie in eine ressourcenorientierte Pflege einbezogen werden. Es wird dabei nach Brieskorn-Zinke (2000) unterschieden:

körperliche und konstitutionelle Ressourcen (z.B. Immunsystem)
materielle Ressourcen (zum Beispiel Verfügbarkeit von Geld)
kognitive Ressourcen (zum Beispiel Wissen und Intelligenz)
emotionelle Ressourcen (zum Beispiel stabiles Selbstwertgefühl)
Werte und Haltungen (zum Beispiel Optimismus, Weltsicht, Flexibilität)
zwischenmenschliche Beziehungen (zum Beispiel Freunde, Familie)
kulturelle Ressourcen (zum Beispiel Rollen und Normen)

Tabelle 4: generalisierte Widerstandsressourcen nach Brieskorn-Zinke (2000) (vgl. Engel 2006, S.46)

Kohärenzgefühl ist ein Begriff aus der Salutogenese. Dabei geht es um die Frage, was den Menschen gesund hält. Ein starkes Kohärenzgefühl befähigt Menschen dazu, flexibel auf externe und interne Anforderungen zu reagieren und die angemessenen Ressourcen zu aktivieren. Dieses Gefühl ist vorhanden, wenn die in der Kindheit und Jugend erlangten Widerstandsressourcen auch verfügbar sind. Es stabilisiert sich im Erwachsenenalter und kann durch radikale Veränderungen aus kulturellen und sozialen Einflüssen bestimmt werden (vgl. Engel 2006, S.46).

Antonovsky (1997) definiert Kohärenzgefühl als „... eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat...“ (Antonovsky 1997, S. 36 In: Hüper, Hellige 2007, S.78).

Es handelt sich sozusagen um eine Grundhaltung, die drei Dimensionen miteinschließt:

- (1) Verstehbarkeit (comprehensibility): Erst wenn das Gefühl besteht, das Ausmaß eines Problems zu kennen, die innere und äußere Welt zu durchschauen, kann der Stressor bekämpft werden.
- (2) Handhabbarkeit (manageability): Es muss das Gefühl bestehen, dass es eine Möglichkeit gibt, sich mit dem Stressor auseinanderzusetzen. Das kann durch eigene Ressourcen oder andere Personen, die helfen, erlangt werden.
- (3) Sinnhaftigkeit (meaningfulness): Hier benötigt es eine Lebenseinstellung, die es als sinnvoll erachtet, den Stressor zu bewältigen. Ein Problem oder eine Anforderung muss für die Person als Herausforderung, nicht nur als Last gesehen werden (vgl. Geyer, Rose, Zwicker-Pelzer 2011, S.67; Hüper, Hellige 2007, S.78-79; Engel 2006, S.46).

Präventive Beratung zielt auf Bevölkerungsgruppen mit Risikofaktoren ab, um Krankheiten zu verhüten. Die Gesundheitsförderung hingegen möchte gesundheitsfördernde Lebens-verhältnisse und Verhaltensweisen vermitteln und damit die gesamte Bevölkerung ansprechen. Aufgabe der Pflege ist es, in kritischen Lebensphasen das Kohärenzgefühl des Patienten zu stärken, zum Beispiel bei Eintritt von Krankheit oder chronischer Erkrankung. Das kann durch Beratungsgespräche mit PatientInnen und deren Angehörigen zur Bewältigung von physischen, psychischen und sozialen Folgeproblemen einer Krankheit stattfinden (vgl. Engel 2006, S.48).

2.9. Typen der Beratung und Methoden für die Pflegepraxis

Abgeleitet von diesen beschriebenen Konzepten hat Engel (2006) Beratungstypen für die Pflegepraxis abgeleitet, welche immer bedürfnisorientiert und an der aktuellen Gesundheitssituation orientiert sind. Sie sind sowohl auf Beratung des/der PatientIn, als auch auf deren Angehörige und Gesunde ausgerichtet. Letztere sind für diese Arbeit nicht relevant, da der Fokus auf einem konkreten Krankheitsbild liegt. Sie unterscheidet dabei fünf Typen, welche abhängig von der individuellen Situation eingesetzt werden können (vgl. Engel 2011, S.104)

2.9.1. Aufklärende Beratung

Die aufklärende Beratung erscheint dann angemessen, wenn es darum geht, Wissen über ein konkretes, gesundheits- oder krankheitsbezogenes Thema zu erlangen. Die Inhalte werden in strukturierter Form mündlich und eventuell auch in schriftlicher Form übermittelt. Durch die Herstellung eines Informationsgleichgewichtes kann der/die PatientIn selbstbestimmter am Betreuungsprozess teilnehmen, wodurch die Compliance verbessert und die Selbstpflege gesteigert wird. Das Kohärenzgefühl kann dadurch gestärkt werden. Informationen können sich auf pflegerische Maßnahmen, schriftliches Aufklärungsmaterial, Verhaltensänderungen oder die Reduktion von Angst vor Eingriffen beziehen. Angehörige können im Rahmen eines solchen Beratungsgesprächs beispielsweise über weiterführende extramurale Dienste oder stationäre Betreuungseinrichtungen informiert werden (vgl. Engel 2011, S.105-107).

2.9.2. Empfehlende Beratung

Die empfehlende Beratung wird angewendet, wenn es darum geht, PatientInnen Informationen zu übermitteln, die nicht unbedingt umgesetzt werden müssen. Eine aufklärende Beratung ist immer Teil dieses Beratungstyps, es werden ergänzend dazu Alternativvorschläge erbracht. Die Entscheidung zur Umsetzung liegt bei den PatientInnen selbst. Das bedeutet, der/die PatientIn muss fähig sein, Entscheidungen zu treffen, zur aktiven Mitarbeit an der Pflegesituation und am Behandlungsprozess ambitioniert sein, sowie das Bestreben haben, seine Selbstpflege zu verbessern (vgl. Engel 2011, S.109-112).

2.9.3. Kompetenzfördernde Beratung

Bei diesem Beratungstyp geht es darum, für PatientInnen dringend notwendige Verhaltensmaßnahmen oder Pflegehandlungen und deren Durchführung zu vermitteln, die von PatientInnen ihr restliches Leben angewandt werden müssen. Ziel ist die Anwendung zu optimieren und unterstützende Angehörige einzubeziehen (vgl. Engel 2011, S.112-114).

2.9.4. Lösungserarbeitende Beratung

Dieser Beratungstyp ist dann anzuwenden, wenn "...die Situation Maßnahmen erfordert, die die PatientInnen selbst oder durch Zusammenarbeiten mit anderen Personen erbringen können (z.B. Angehörige, Vertrauensperson) und die zur Lösung von Problemsituationen kurz-, mittel- oder langfristig notwendig sind (Engel 2011, S.115).“

Die lösungserarbeitende Beratung hat ihren Ursprung immer in der systemischen Beratung und basiert auf der Kreation einer Problemlösung statt Ursachenergründung. Dabei werden Ressourcen und Kompetenzen und auch der soziale Kontext, die Angehörigen, einbezogen. Es werden in Zusammenarbeit mit PatientInnen und Angehörigen alternative Handlungsansätze, Präventionsmaßnahmen, Strategien unter Einbezug der Ressourcen und Kompetenzen erarbeitet. Diese sind auf die aktuelle Problem- und Pflegesituation ausgerichtet, mit dem Ziel, PatientInnen und deren Angehörigen Sichtweisen für eine eigenständige Lösung aufzuzeigen und das Bewusstsein von PatientInnen dafür zu stärken (vgl. Engel 2011, S.115-120).

2.9.5. Komplexe Beratung

„Komplexe Beratung liegt dann vor, wenn Problemsituationen die Integration unterschiedlicher Beratungstypen gleichzeitig erfordern (Engel 2011, S.121).“

Das bedeutet, es gibt komplexe Situationen im Pflegealltag, bei denen ein Beratungstyp alleine nicht ausreichend ist und eine Kombination der zuvor genannten vier Beratungstypen ihre Anwendung finden muss. Engel beschreibt dies als „summiertes Vorgehen“ und betont die Wichtigkeit der Einbettung des Beratungsvorganges in den Pflegeprozess (vgl. Engel 2011, S.121).

2.10. Der Beratungsprozess

Die Pflegeberatung ist immer ein dialogischer und zielgerichteter Prozess, der in einzelnen Phasen verläuft.

Auch Mutzek (2008) beschreibt nach Derrow (1987/88) die Beratung als Problemlösungsprozess. Dafür muss jedoch ein geeigneter Ablaufrahmen geschaffen werden, um von einem Ist-Zustand über die Lösungsmethode den Soll-Zustand zu erreichen. Der pflegerische Beratungsprozess kann durch direkte Beeinflussung und Lenkung (direkte Gesprächsführung) erfolgen oder durch Selbststeuerung und Hilfe zur Selbsthilfe (nichtdirektive Gesprächsführung). Beide dienen der Lösung der Problemsituation. Der Beratungsprozess hat immer einen dynamischen Charakter, das bedeutet, dass die einzelnen Phasen sich überlappen, ineinander übergehen oder sich wiederholen können. In der Literatur werden dazu unterschiedliche Phasenmodelle vorgestellt, die sich in der Anzahl der Phasen und deren Inhalt differenzieren (vgl. Engel 2006, S.49; Mutzeck 2008, S.21; Gittler-Hebestreit 2006, S.39)

Koch-Straube (2008) beschreibt ein „tetradisches Modell“ des Beratungsprozesses, welches in vier Phasen (Benennen, Erleben, Reflektieren, Erproben) verläuft (vgl. Koch-Straube 2008, S.122).

Norwood stellt ein Fünfphasenmodell (Zugang, Problemidentifizierung, Maßnahmen, Auswertung, Rückzug) dar, bei dem die indirekte Lösung direkter Pflegeprobleme im Vordergrund steht (vgl. Gittler-Hebestreit 2006, S.39-40).

Engel gliedert den Prozess in acht Schritte: Beratungsbedarf erheben, Beratungsproblem beschreiben, Problemrelevante Ressourcen erheben, Beratungsziele formulieren, Problemlösungsmöglichkeiten erarbeiten, Problemlösungsplan festlegen, Problemlösungsplan umsetzen, Problemlösungsplan evaluieren (vgl. Engel 2006, S.50-55).

Ein Sechshephasenmodell, welches sich an den Pflegeprozess anlehnt, wird von Hausmann (2005) formuliert. Es wird für diese Arbeit herangezogen und die sechs Schritte werden etwas näher beschrieben:

Schritt 1 Informationssammlung: In diesem Schritt geht es primär darum, den Ist-Zustand zu beschreiben, Probleme und vorhandene Ressourcen zu erheben, sowie diese nach Priorität zu ordnen.
Schritt 2 Problemdefinition: Der/die PatientIn beschreibt zu diesem Zeitpunkt klar das Problem und die Fragestellung.
Schritt 3 Zieldefinition: Es werden Ziele formuliert, die sowohl realistisch sein sollen und in Einzelschritten erreicht werden können.
Schritt 4 Planung der Maßnahmen: Der/die PatientIn wird motiviert, selbst Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, Schritte zum Erreichen des Zieles werden festgelegt, sowie Vor- und Nachteile abgewogen. Die vorhandenen Ressourcen müssen in die Planung optimal eingebunden werden.
Schritt 5 Durchführung der Maßnahmen: Praktische Umsetzung des erarbeiteten Lösungsweges.
Schritt 6 Evaluation: Hier erfolgt eine Bewertung des Ergebnisses und der Zufriedenheit, weitere Verbesserungen sind abzuklären.

Tabelle 5: Beratungsprozess in sechs Schritten nach Hausmann (vgl. Hausmann 2005, S.191)

Der Beratungsprozess wird von Experten und Expertinnen in einer unterschiedlichen Anzahl von Phasen dargestellt, die Inhalte der einzelnen Phasen sind nicht ident, sie beschreiben aber alle ein prozessmäßiges Vorgehen mit dem Ziel einer Problemlösung.

2.11. Beratung im Pflegeprozess

Nicht nur die Beratung an sich ist prozessorientiert, sondern der gesamte pflegerische Ablauf wird durch den Pflegeprozess bestimmt. Daher kann der Beratungsprozess in den 4-stufigen Pflegeprozess (Anamnese, Planung, Maßnahme, Evaluation) implementiert werden. Die Beratung könnte als Schritt der Maßnahme im gesamten Prozess gesehen werden.

Seit 1977 steht laut Koch-Straube fest, „Beratung ist integraler Bestandteil des Pflegeprozesses“ (Koch-Straube 2008, S.134).

Herberger (2003) zeigt mittels zwei Sätzen die Nähe der Begriffe „Beratung“ und „Pflegeprozess“ auf.

„Beratung ist realitätsorientiert und zielt auf die Lösung spezifischer Probleme, wie sie sich aus einer unglücklichen Situation oder zwischenmenschlichen Schwierigkeit

ergeben können“ und „Beraten ist als ein Handeln definiert, das auf die Änderung eines – wie auch immer verursachten Zustandes – der Hilfsbedürftigkeit, auf die Bewältigung einer Krise gerichtet ist“ (Herberger 2003, S.135).

Herberger (2003) geht sogar so weit, zu sagen, dass die beiden Begriffe einander ersetzen können, ohne an Sinnhaftigkeit zu verlieren. Er macht auch den Umkehrschluss und beschreibt den gesamten Pflegeprozess als Beratungsprozess, weil jeder Schritt von einer anderen Kommunikationsform begleitet wird (vgl. Herberger 2003, S.142).

Die Tätigkeit der Beratung im Rahmen des Pflegeprozesses wird von Pflegenden selbst oft nicht als kontinuierliche Aufgabe wahrgenommen. Daher werden Beratungsmaßnahmen häufig nicht dokumentiert und dadurch auch nicht als professionelle Pflegehandlung angesehen (vgl. Hellige, Hüper 2007, S.102).

Krohwinkel (2007) stellt in ihrem Managementmodell der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflege im Rahmen ganzheitlich rehabilitierender Prozesspflege das Unterrichten, Beraten und Anleiten als integralen Bestandteil des Pflegeprozesses dar. Sie beschreibt diese als Inhalte der direkten Pflege. Sie stellt außerdem in ihrem Modell den/die PatientIn und seine Angehörigen in das Zentrum des Geschehens (vgl. Krohwinkel 2007, S.38).

Hellige und Hüper (2007) stellen sogar den Beratungsprozess in den Schritten des Pflegeprozesses dar, wodurch die halbformalisierte Beratung im Rahmen der Pflege verdeutlicht wird. Im Rahmen des Assessments und der Zielformulierung integrieren sie die Erhebung der Biografie, die Veränderung im Krankheits- und Pflegeverlauf, die Erhebung von Pflegeproblemen und Ressourcen von PatientInnen und deren sozialem Umfeld. Die Planung bezieht sämtliche vorhanden Ressourcen, Umgebungsfaktoren und Möglichkeiten des Krankheitsmanagements des/der PatientIn und seiner Umgebung mit ein. Im Schritt der Maßnahmenplanung werden gemeinsame Schwerpunkte festgelegt und Ziele abgeglichen, dazu sind schon erste Grundinformationen zur Krankheit notwendig. Die Interventionen beschreiben Hellige und Hüper (2007) in der direkten Pflege, dem Informieren, Deuten und Erklären. Ein weiterer Handlungsschritt ist das Anleiten und Schulen im Umgang mit den neuen Symptomen und Pflegeproblemen, um den Alltag zu ermöglichen und präventiv agieren zu können. Auch der gesundheitsfördernde Ansatz durch Überwachung soll hier implementiert werden. Sie hat den Sinn, negativen

Auswirkungen durch Fehlverhalten entgegenzuwirken und das Selbstmanagement im Rahmen der Symptomkontrolle zu stärken. Zuletzt wird das Arrangieren und Koordinieren des Versorgungskonzeptes im Rahmen des Entlassungsmanagements als dringende Beratungsmaßnahme im Pflegeprozess gesehen. Die Evaluation der Effektivität dieser Interventionen bildet den Abschluss des Prozesses, auch wenn der gesamte Verarbeitungsprozess nicht im Rahmen der Beratung abgeschlossen werden kann. Es können aber die gemeinsamen Ziele evaluiert werden (vgl. Hellige, Hüper 2007, S.102-109).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Beratung als Bestandteil des Pflegeprozesses gesehen werden kann und nicht mehr wegzudenken ist. Beratung ist eine prozessorientierte Maßnahme im Pflegeprozess oder umgekehrt. Hellige und Hüper (2007) ist es gelungen, die Beratung parallel zum Pflegeprozess darzustellen und damit die professionelle Maßnahme zu verdeutlichen.

2.12. Vorbereitungen und Hilfestellungen zur Beratungssituation

Nicht nur das Wissen, die Einordnung und Auswahl der geeigneten Beratungstheorien und -konzepte sind wichtig für das Schaffen einer geeigneten Beratungssituation. Auch die Einordnung in einen passenden Formalisierungsgrad und Beratungsbereich sind wichtige Faktoren. Die Konstellation im Beratungsprozess, sowie die Anwendung geeigneter Beratungsmethoden können einen positiven Verlauf beeinflussen. Daher werden in den folgenden Kapiteln die Möglichkeiten aufgezeigt und versucht, diese auf die Beratungssituation von SchlaganfallpatientInnen zu beziehen.

2.12.1. Bestimmung des geeigneten Formalisierungsgrades bei der Beratung in der Pflege

In der modernen Gesellschaft benötigen wir in unterschiedlichen Lebenssituationen, zusätzlich zu Lebenserfahrung und Alltagswissen, auch fachliches Wissen durch SpezialistInnen. Der Grad der Professionalität, dem die Informationsvermittlung in der Beratung zugrunde liegt, wird durch den Formalisierungsgrad beschrieben.

Sickendiek et. al (2008) unterscheidet dabei drei Grade:

Die informelle, alltägliche Beratung ist eine Unterstützungsleistung zwischen Angehörigen, FreundInnen, Bekannten, ArbeitskollegInnen und findet als freundschaftliches Gespräch, in kollegialem Austausch statt. Als halbformelle Beratung wird beschrieben, wenn Personen, die im sozialpädagogischen, psychosozialen, medizinischen oder juristischen Berufen tätig sind, als Professionelle zur Beratung herangezogen werden, wobei die Beratungstätigkeit nur ein Teilgebiet Ihrer Kernaufgabe ist. Die Formelle Beratung wird von professionellen BeraterInnen mit ausgewiesener Beratungskompetenz in definierten Beratungsstellen durchgeführt. Die Gesundheitsberatung in der Pflege wird demnach der halbformellen Beratung zugeordnet (vgl. Engel 2006, S.37; Sickendiek, Engel, Nestmann 2008, S.23).

Es kann von den Begrifflichkeiten abgeleitet werden, dass zunehmend auch in der Pflege formelle Beratung stattfindet, wenn etwa Einsatzgebiete der Inkontinenz- und Diabetesberatung, des Wund- und Entlassungsmanagements oder die Funktion der PflegeberaterInnen betrachtet werden. Bezugnehmend auf die Beratung eines/einer SchlaganfallpatientIn und dessen Angehörigen könnte man von einer halbformellen Beratung sprechen. Bei Hinzuziehung zum Beispiel des Entlassungsmanagements, wäre diese Form der Beratung formell.

2.12.2. Festlegung des Beratungsbereiches

Es ist in der Beratungssituation wichtig, sich bewusst zu machen, in welchem Beratungsbereich agiert werden soll. Gittler-Hebestreit (2006) definiert drei konkrete Bereiche als zentrale Handlungsfelder der Pflegeberatung - die Fach-, Fall- und Prozessberatung. Nur diese drei erfüllen die spezifischen Merkmale der professionellen Pflegeberatung (siehe Kapitel 2.5.) (vgl. Gittler-Hebestreit 2006, S. 41).

Ziel der Fachberatung ist die Unterstützung von Pflegepersonen in der Auseinandersetzung mit Pflegeethemen aus dem Arbeitsfeld. Es wird theoretisch fundiertes Pflegefachwissen in der direkten Pflegepraxis vermittelt. Kurz gesagt, findet evidenzbasierte Pflege⁶ statt. Die Zielgruppe bilden Pflgeteams, einzelne Pflegende, Auszubildende, Laien (Pflegebedürftige oder Angehörige) oder andere Berufsgruppen.

⁶ Auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierendes Wissen

Die Fallberatung hat das Hauptaugenmerk auf die Situation des/der PatientIn gerichtet. Es werden zentrale Aspekte, Erfordernisse und Problembereiche, der Umgang mit der Patientensituation und die Reaktionen des Teams von Pflegepersonen reflektiert und es wird versucht, adäquate Lösungsansätze zu finden. Die Zielgruppe ist mit jener der Fachberatung kongruent.

Bei der Prozessberatung wird der pflegefachliche Arbeitsprozess durch die Entwicklung von Leitbildern und Qualitätsstandards professionalisiert. Dadurch soll allgemein gültiges Fachwissen auf konkrete Fallsituationen übertragen werden. Zielgruppen bilden Pflegeteams und Organisationen (vgl. Engel 2006, S.36-37; Engel 2011, S.47-48; Gittler-Hebestreit 2006, S.41).

Hulsker und Niederer-Frei (1997) beschreiben sieben Beratungsbereiche. Sie dienen der Alltagsbewältigung und dem Selbstmanagement von Pflegepersonen. Sie werden in Organisationen von „Pflegeexperten“ durchgeführt. Zusätzlich zu den oben genannten, definieren sie noch die Lern-, Lehr- und Projektberatungen, sowie das Coaching. Sie werden im Sinne der Pflegeberatung jedoch nicht verwendet (vgl. Engel 2006, S.36-37; Gittler-Hebestreit 2006, S.41).

Im englischsprachigen Raum werden die Beratungsbereiche durch zwei unterschiedliche Begrifflichkeiten deutlich, welche im deutschen Sprachraum beide synonym unter dem Begriff „Beratung“ verwendet werden.

Der Begriff „Counseling“ bedeutet, dass der/die BeraterIn einem oder mehreren Personen Ratschläge oder Lösungsvorschläge erteilt, die sich auf deren persönliche Problemsituationen beziehen. Abgrenzend wird folgender Begriff beschrieben.

Beim „Consulting“ werden innerhalb des Pflegeteams Expertentipps zur Problemlösung ausgetauscht. Es wird von der Pflegeperson für den Beruf fachlicher Nutzen daraus gezogen, das Ziel ist entfernt, jedoch auch der/die PatientIn (vgl. Engel 2006, S.36; Engel 2011, S.47).

Diese Arbeit beinhaltet beide Beratungsbereiche, wie sie im anglo-amerikanischen Raum definiert werden. Die Erstellung des Leitfadens für andere Pflegepersonen entspricht dem Begriff des „Consultings“, der Inhalt des Leitfadens beziehungsweise dessen Anwendung ist dem „Counseling“ zugehörig. Die Eingliederung in die deutschsprachigen Beratungsbereiche wäre ähnlich. Demnach kann die Begründung für „Consulting“ für die Fachberatung, und jene für „Counseling“ für die Fallberatung übernommen werden.

2.12.3. Entscheidung über die Beratungskonfiguration

Wenn von einer Beratungskonfiguration gesprochen wird, ist die Konstellation der beteiligten Personen in einer Beratungssituation gemeint. Bevor sich der/die BeraterIn in eine Beratungssituation begibt, ist die geeignete Konfiguration auszuwählen und müssen die betreffenden Personen zu einem Gesprächstermin koordiniert werden. Es werden dabei drei Möglichkeiten unterschieden.

„Pflegeperson-Patient“: Die Pflegeperson fungiert als BeraterIn und lenkt den Prozess in die Richtung gemeinsamer Problemlösung. Der/die PatientIn ist der/die Beratene und arbeitet aktiv an der Problemlösung mit.

„Pflegeperson-Patient-Angehöriger“: Als BeraterIn agiert die Pflegeperson, der/die PatientIn und Angehörige sind Beratene, die gemeinsam im Beratungsprozess eine Problemlösung anstreben.

„Pflegeperson-Angehöriger“: Der/die Angehörige übernimmt weitgehend die Rolle des/der PatientIn in der Beratungssituation und versucht gemeinsam mit dem/der BeraterIn eine Problemlösung im Sinne des/der PatientIn zu generieren (vgl. Engel 2006, S.35-36).

Gerade im Pflegebereich tritt immer wieder ein Wechsel der unterschiedlichen Konfigurationen auf, je nachdem in welchem Gesundheitszustand sich der/die PatientIn befindet. Die Verfasserin geht daher davon aus, dass für die Beratung von SchlaganfallpatientInnen alle drei Beratungskonstellationen angewandt werden können.

2.12.4. Die Auswahl der geeigneten Beratungsmethode

Der dialogische Problemlösungsprozess in einer Beratungssituation kann für den/die BeraterIn durch erlernte Beratungsmethoden deutlich erleichtert werden. Bastine (1976) hat erstmals versucht, die methodischen Vorgehensweisen zu beschreiben und zu kategorisieren. Auf die wichtigsten Strategien wird nun kurz eingegangen.

Beim *Amplifizieren* geht es darum, dem/der Beratenen das Problem bewusst zu machen und es zu formulieren, sodass die Bewältigung aus eigenem Antrieb geschieht. Von dem/der BeraterIn sollen neue Perspektiven eröffnet und alternative Ziele aufgezeigt werden.

Bei der Methode des *Unterbrechens* sollen alte Vorgehens- und Denkmuster aufgezeigt, hinterfragt und aufgelöst werden, um neue zu bilden.

Eine weitere Möglichkeit besteht, dass der/die BeraterIn versucht, durch *Vereinfachen* komplexe, unüberschaubare Situationen begreifbar zu machen, um dann schrittweise zu einer Lösung zu gelangen.

Das Problem wird durch *Konfrontieren* vom/von der BeraterIn direkt angesprochen, im Bedarfsfall auch überdeutlich, um dem/der Beratenen nicht die Möglichkeit zu geben, sich vor dem Problem zu verschließen. Dann kann es auch weiter bearbeitet werden.

Durch *Selbstaktivieren* soll bei der Problemanalyse und -bewältigung zur Selbstreflexion und Eigeninitiative motiviert werden.

Mittels Darstellung von Vorbildern und Handlungsmodellen werden fiktive Situationen und Vorgehensweisen eingeübt, dies nennt man *Modellieren*. Diese Methode verfolgt das Ziel, das Denken, Fühlen und Handeln zu erleichtern.

Attributieren findet Anwendung, wenn der/die Beratene seine/ihre Situation nicht benennen und verstehen kann. Der/die BeraterIn beschreibt das Problem und die damit verbundenen Zusammenhänge, wodurch der/die Beratene eine eigene Analyse durchführen kann.

Der/die BeraterIn reflektiert das Verhalten des/der Beratenen sachlich, einfühlsam und gezielt. Durch die *Rückmeldung* erfährt der/die Beratene Sicherheit und Orientierung im Beratungsprozess.

Bei der Methode des *Akzentuierens* kehrt der/die BeraterIn im Verlauf der Beratung immer wieder zum Kern des Problems zurück, einzelne Problemaspekte stehen im Mittelpunkt. Voraussetzung für alle Methoden ist immer die Abstimmung der Ziele und Vorgehensweisen im Vorfeld der Beratung, sowie eine stabile, vertrauensvolle Beratungsbeziehung (vgl. Gittler-Hebestreit 2006, S.42-43).

Die Auswahl der geeigneten Methode wird individuell entschieden und auf die aktuelle Situation des/der PatientIn abgestimmt, daher kann keine speziell Methode für die Beratung von SchlaganfallpatientInnen identifiziert werden.

2.13. Kommunikation und Gesprächstechniken als wichtiger Bestandteil jeder Beratung

Die Kommunikation hat in der Beratung einen sehr hohen Stellenwert, sei sie verbal oder nonverbal. Nach Watzlawik (2003) werden in jeder Kommunikation der Inhalts- und der Beziehungsaspekt beschrieben. Der Inhaltsaspekt beschreibt immer eine sachliche

Mitteilung und der Beziehungsaspekt die Beziehung zwischen BeraterIn und Beratenem/er. Er geht auch von der Annahme aus, dass es nicht möglich ist, nicht zu kommunizieren, selbst ein Verweigern des Gespräches oder ein Themenwechsel übermitteln eine Botschaft (vgl. Engel 2011, S.83-85).

Im Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun (2004) werden drei Elemente jeder Kommunikation beschrieben, der Sender, die Nachricht und der Empfänger. Die Nachricht kann immer verbal und/oder nonverbal vermittelt werden und auf vier unterschiedliche Weisen gesendet oder empfangen werden. Erstens als Sachinhalt, wobei es um die Vermittlung einer Sachinformation geht. Die zweite Form ist die Selbstoffenbarung, bei der vom Sender eine „Ich-Botschaft“ vermittelt wird, die eine Botschaft zur Selbstdarstellung vermittelt. Bei der dritten Ebene, der Beziehungsebene, wird durch Tonfall, Formulierung und andere nonverbale Verhaltensweisen sichtbar, welches Verhältnis zwischen Sender und Empfänger besteht. Als vierte Variante werden Apelle beschrieben, die den Empfänger zu einer Handlung, einem Denken oder Fühlen bewegen sollen. Der Sender sendet immer alle vier Aspekte, dem Empfänger steht die Wahl frei, auf welche der vier Aspekte er reagiert (vgl. Engel 2011, S.82-83). Botschaften können außerdem explizit, das bedeutet unmissverständlich formuliert oder implizit vermittelt werden. Dies geschieht meist nonverbal und lässt Raum für Interpretation (vgl. Engel 2011, S.83).

In der Beratung ist es äußerst wichtig, sich dieser Kommunikationsgrundsätze bewusst zu werden, um auch spezielle Gesprächstechniken in den Beratungsprozess integrieren zu können. Bevor nun wichtige Gesprächstechniken erläutert werden, ist es relevant, Kriterien für eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu erläutern. Grundregeln der Kommunikation sind einzuhalten. Beim ersten Kontakt ist es wichtig, aktiv auf den/die GesprächspartnerIn zuzugehen und sich mit Namen und Funktion vorzustellen. Eine Studie von Jungbauer, Döll und Wilz (2008) beschreibt nach Auswertung der standardisierten Interviews den Wunsch von PatientInnen und deren Angehörigen, dass die Initiative für eine Beratung vom medizinischen Personal ausgehen soll (vgl. Jungbauer et al. 2008, S.147).

Die richtige Anordnung der Sitzmöglichkeiten ist auch richtunggebend für den weiteren Kommunikationsverlauf. Es wird empfohlen, PatientInnen gegenüber zu sitzen, um Gesprächsbereitschaft zu signalisieren, Augenkontakt zu halten, eine offene Haltung

einzunehmen und sich zeitweise in Richtung des/der PatientIn zu neigen. Zusätzlich sollten verbale Inhalte deutlich und unmissverständlich übermittelt werden (vgl. Engel 2011, S.88; Hausmann 2005, S.180).

Grundlegende Gesprächstechniken werden von Pflegepersonen im Beratungsprozess angewendet. Zur Beratung in Problemsituationen können diese in verschiedenen Kombinationen verwendet werden. Es können direkte und indirekte Gesprächstechniken unterschieden werden.

Bei den *direkten Gesprächstechniken* leitet die Pflegeperson das Gespräch, der/die PatientIn reagiert. Diese Form der Gesprächstechnik kommt in Gesprächssituationen zum Tragen, wenn rasch ein Ziel erreicht werden soll. Dazu gehören Fragen stellen, Informationen vermitteln und Konkretisieren (vgl. Engel 2011, S.88-89).

Durch Fragestellungen werden Informationen gesammelt und Gesprächsinhalte strukturiert, um eine Person zur Auseinandersetzung mit ihrer Problemsituation zu bringen. Die Kontrolle über den Gesprächsinhalt obliegt der Pflegeperson.

Mutzeck (2008) sieht die Bedeutung des Fragestellens darin, eine Struktur vorzugeben, um eine überschaubare Problemsituation herzustellen (vgl. Mutzeck 2008, S.88-89; Engel 2011, S.93).

Dabei können unterschiedliche Fragetypen angewandt werden. Offene Fragen sind erforderlich, um Informationen zu erhalten, sie ermöglichen viele und lange Antworten. Sie starten meist mit „W“-Fragen, wie zum Beispiel was, wo, wer, wann, wie. Sie eignen sich oft als Einstieg in ein Gespräch und schaffen Abhilfe, wenn der Gesprächsprozess ins Stocken kommt. Hypothetische Fragen sind auch offene Fragen, die einen Bezug herstellen sollen, was künftig geschehen könnte. Diese Fragen ermöglichen positive Antworten über Zukunftsvorstellungen und können für Überlegungen von Alternativen einen wertvollen Beitrag leisten. Warum-Fragen führen zur Ursachensuche, aber meist nicht zum Verständnis, daher sind sie weniger hilfreich für eine Lösungskreation. Geschlossene Fragen sind in eine bestimmte Richtung gelenkt und lassen wenige Antwortmöglichkeiten zu, oft sind diese nur mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Sie liefern rasche und präzise Informationen, haben aber wenig explorativen Wert. Geschlossene Fragen können distanziert wirken und dazu führen, dass der/die PatientIn wenige Informationen gibt und die Pflegeperson immer mehr nachfragen muss. Ähnlich ist dies bei Entweder-oder-

Fragen, sie verhindern möglicherweise andere Alternativantworten, da es nur zwei Antwortmöglichkeiten gibt. Auch Serienfragen können verwirren und verschleiern, sie werden häufig mit einer Gegenfrage beantwortet oder es wird nur auf eine Frage geantwortet. Leitfragen ermöglichen dem/der Rat Suchenden nur eine Antwortmöglichkeit, die verdeckt oder offen erwartet wird (vgl. Engel 2011, S. 93-94; Hausmann 2005, S.181-182).

Fragestellungen können sowohl positive, als auch negative Wirkungen hervorrufen. Positive Ergebnisse werden erzielt, wenn der Fokus auf das Problem und eine Lösung gerichtet wird, bei der Problemdefinition Hilfestellung geleistet wird, Informationen gesammelt und neue Gesprächsthemen ermöglicht werden. Negative Auswirkungen entstehen, wenn durch ein Frage- Antwortspiel die Exploration verhindert wird. Kolb (2007) sieht auch ein Problem, wenn die Fragestellungen nur auf die Vergangenheitsauseinandersetzung bezogen sind, da damit auch der Zukunftsblick getrübt werden kann. Er spricht eine Warnung vor zu vielen Fragen nach dem Problem aus und weist auf Fragestellungen zur Anregung von Entwicklungsmöglichkeiten in der Zukunft, entsprechend der positiven Ressourcen von PatientInnen hin (vgl. Engel 2011, S.94-95).

Zur Gesprächstechnik „Fragenstellen“ kann zusammengefasst werden, dass die Fragen direkt, kurz und verständlich gestellt werden, im Zusammenhang mit den Aussagen der PatientInnen stehen sollen und überprüft werden muss, ob die Nachricht verstanden wurde (vgl. Engel 2011, S.94-95).

Im Rahmen der Beratung ist es oft nötig, gezielte Informationen zu geben, um dem/der PatientIn für folgende Entscheidungen weiter zu helfen. Informationen über Sachverhalte können auf unterschiedliche Weise weiter vermittelt und mit Grafiken, Schaubildern, Plänen oder Merkblättern noch ergänzt werden, damit der/die PatientIn auch nach einem Beratungsgespräch die Möglichkeiten hat, sich mit den Informationsinhalten intensiver auseinanderzusetzen. Die Informationen sollen bedeutsam sein, dürfen nicht zu viele Details enthalten, um nicht das Wichtigste zu übersehen und sollen in einer leicht verständlichen Alltagssprache formuliert sein, Fachausdrücke sollen vermieden werden (vgl. Engel 2011, S.95). Der Ablauf erfolgt in drei Schritten. Zuerst wird ein positives Gesprächsklima geschaffen und Blickkontakt hergestellt, der/die PatientIn wird über das Thema des Informationsgespräches in Kenntnis gesetzt, eventuell wird auch eine Begründung über die Wichtigkeit angegeben. Im zweiten Schritt, der Informationsmitteilung, soll das Wichtigste zuerst hervorgehoben, und in kurzen, klar

verständlichen Worten vermittelt werden. Wichtige Inhalte können wiederholt werden. Durch Nachfragen im letzten Schritt erfolgt eine Überprüfung, ob der/die PatientIn die Informationen verstanden hat. Bei Schweigen des/der PatientIn soll mindestens zehn Sekunden Zeit gegeben werden für Fragen, Äußerungen von Sorgen oder Bedenken. Um Informationsdefizite zu vermeiden, soll der Aufnahmefähigkeit, dem Vorwissen des/der PatientIn und den Bedürfnissen besondere Beachtung zu kommen. Sollten Informationsdefizite festgestellt werden, ist dafür zu sorgen, dass der/die PatientIn die nötigen Fragen beantwortet bekommt (vgl. Hausmann 2005, S.189-190).

Konkretisieren heißt, „[...] die Problemsituation in verhaltensbezogenen und psychischen Anteilen detailreich und plastisch darzustellen, wobei „verschwommene“ Aussagen in klare, nachvollziehbare und exemplarische Antworten umgewandelt werden“ (Engel 2011, S.92).

Um konkret sein zu können, bedarf es der Fähigkeit des aktiven Zuhörens und Wahrnehmung von verbalen und nonverbalen Mitteilungen. Pflegepersonen können verschiedene Konkretisierungshilfen anwenden. Fremd-, Trend- oder Modeworte werden in klare Aussagen übersetzt oder in vollständige Sätze gebracht, negative Formulierungen werden in Positive umgewandelt (vgl. Mutzeck 2008, S.89-90; Engel 2011, S.92-93).

Bei den *nichtdirektiven Gesprächstechniken* ist es Aufgabe der Pflegeperson, PatientInnen zu unterstützen, ihre Erlebnisse, Probleme und Emotionen zuzulassen und auszudrücken. Voraussetzung für diese Technik ist eine Selbständigkeit der PatientInnen in problematischen Situationen. Zu den nichtdirektiven Gesprächstechniken gehören das aktive Zuhören mit den Techniken Paraphrasieren und Verbalisieren (vgl. Engel 2011, S.89).

Aktives Zuhören ist eine besondere Form des Zu- und Anhörens. Durch nonverbale Verhaltensweisen beim Zuhören, zum Beispiel Blickkontakt, zugewandte Körperhaltung oder Kopfnicken, vermittelt man eine anteilnehmende Haltung. Auf Gesagtes wird verbal reagiert, um dem/der PatientIn zu vermitteln, dass die Pflegeperson das Gehörte auch verstanden hat (vgl. Engel 2011, S.89-90).

Paraphrasieren ist eine reflektierende Technik, bei der durch Wiederholung oder Umschreibung der zentralen Aussage dem/der PatientIn vermittelt wird, dass die verbal ausgedrückte Botschaft verstanden wurde. Mutzeck (2008) beschreibt diese Technik als

„Dialog-Konsens“. Die Zusammenfassung von Mitteilungen und Rückmeldungen von PatientInnen in Form einer Zustimmung oder Korrektur bezeichnet er als „kommunikatives Wahrheitskriterium“. Dadurch können Missverständnisse vermieden und Vertrauen in die Pflegeperson gestärkt werden (vgl. Engel 2011, S.90-91; Mutzeck 2008, S.86-87).

Verbalisieren ist eine erweiterte Form des Paraphrasierens, wobei differenzierte, emotionale Aspekte umschrieben werden. Dabei ist nicht nur auf explizite Aussagen einzugehen, sondern sind auch Gefühlsandeutungen zu verbalisieren. Falsche Interpretationen sind zu vermeiden und Grenzen einer Bedrohung zu erkennen (vgl. Engel 2011, S.91-92).

Die theoretische Kenntnis über Beratung und Techniken der Kommunikation sind essentiell für die Beratungssituation. Es ist allerdings auch wichtig über das Krankheitsbild und daraus resultierende Beeinträchtigungen und Pflegeschwerpunkte des/der zu Beratenden zu wissen, um eine fachlich kompetente Beratung durchführen zu können. Daher wird an dieser Stelle zum nächsten Kapitel übergeleitet, welches das für diese Arbeit relevante komplexe Krankheitsbild des Schlaganfalles näher beschreibt.

3. Krankheitsbild Schlaganfall

Um die Wichtigkeit und Notwendigkeit der pflegerischen Beratung bei PatientInnen dieses Krankheitsbildes etwas deutlicher zu machen, werden in diesem Kapitel der Schlaganfall (auch Insult oder Apoplex) als Krankheit und die damit verbundenen Folgen erläutert. Es werden auch Ursachen und Risikofaktoren beschrieben, um die Häufigkeit des Vorkommens etwas deutlicher erscheinen zu lassen. Es ist auch notwendig, Wissen über das Krankheits- und Pflegebild zu haben und dieses zu vermitteln, um dies als Basis und Inhalt für eine professionelle Beratung nutzen zu können.

3.1. Vorkommen

Der Schlaganfall ist in der Liste der Todesursachen in den westlichen Industriestaaten an der dritten Stelle, somit ein weit verbreitetes Krankheitsbild. Die Inzidenz beträgt in Österreich etwa 20.000 pro Jahr, das bedeutet, beinahe alle 30 Minuten erleidet eine Person einen Schlaganfall (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.18; Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.39). 15 Prozent aller Todesfälle sind Folge eines Schlaganfalles. Etwa die Hälfte der Betroffenen überlebt, bei den restlichen bleibt jeder/jede Zweite dauerhaft beeinträchtigt und jede/jeder Dritte pflegebedürftig (vgl. Seel 2003, S.594; Vieten, Schramm 2001, S.109). Das Risiko eines Insults ist mit steigendem Alter höher. Dreiviertel aller Schlaganfälle betreffen Menschen über 65 Jahren. Trotzdem sind 25 Prozent der Betroffenen jünger als 60 Jahre, 15 Prozent sogar unter 45 (vgl. Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.39; Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.19).

3.2. Definition

Für Schlaganfall gibt es unterschiedliche Definitionen, zwei davon werden im Rahmen dieser Arbeit angeführt. Im deutschsprachigen Raum definiert Seel (2003) das Krankheitsbild folgendermaßen:

„Bei einem Schlaganfall handelt es sich um eine Kreislaufstörung mit Sauerstoffmangel im Bereich einer umschriebenen Gehirnregion; sie führt zur Schädigung von Hirngewebe und zu entsprechenden neurologischen Ausfällen (Krankheitszeichen)“ (Seel 2003, S.594). Das bedeutet, durch die Unterversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen sterben Nervenzellen ab (vgl. Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.40).

International wird von der WHO der Schlaganfall definiert als „... a clinical syndrome typified by rapidly developing signs of focal or global disturbance of cerebral functions, lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent causes other than vascular origin“(WHO 1989 zit. n. Kollen et al., 2009, S.90).

Die Größe und Lage des Hirnareals, sowie die Intensität der Schädigung bestimmen, welche gesundheitlichen Auswirkungen das Geschehen nach sich zieht. Ein weiterer bestimmender Faktor ist, wie rasch nach dem Geschehen Hilfe erfolgt (vgl. Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.39).

Dies konnte eine in Australien durchgeführte Studie von Paolucci et al. (2009), bezogen auf visuelle Beeinträchtigungen, deutlich aufzeigen:

„Side of stroke, region of affected cerebral circulation and age affected the type of impairments of visual perception and praxis experienced by patients following stroke. Furthermore, region of affected cerebral circulation also influenced the number of impairments of visual perception and praxis in patients after stroke“(Paolucci, McKenna, Cooke 2009, S.350).

3.3. Die Ursachen oder Formen des Schlaganfalles

Bei 80 Prozent aller Schlaganfälle ist die Ursache ein Thrombus, der durch Embolisierung ein Blutgefäß im Gehirn verstopft und dadurch eine Hirnischämie hervorruft. Es löst sich ein Embolus von arteriosklerotischen Ablagerungen der Gefäßinnenwand (häufig aus der A. Carotis), in einigen Fällen auch aus dem linken Herzen bei Vorhofflimmern und selten bei entzündlichen Gefäßerkrankungen. Bei dieser Form spricht man von einem ischämischen Insult (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.18-19; Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.40; Seel 2003, S.594; Vieten, Schramm 2001, S.109).

In 15 Prozent der Fälle tritt ein hämorrhagischer Insult auf. Davon wird medizinisch gesprochen, wenn dieser von einer intrazerebralen Blutung hervorgerufen wird. Durch eine Ruptur eines Hirngefäßes kommt es zu einer Einblutung in das Hirngewebe, welche eine Kompression und Schädigung dieses Areals bewirkt (vgl. Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.41; Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.19; Seel 2003, S.594; Vieten, Schramm 2001, S.109).

Die häufigste Ursache ist eine langjährige arterielle Hypertonie, auch eine Antikoagulantientherapie kann eine Blutung auslösen (Delank 2001, S.295).

Die dritte beschriebene Form stellt die Subarachnoidalblutung dar. Sie ist in 5 Prozent der Fälle die Ursache und eine weitere Form des hämorrhagischen Insults. Hier kommt es zum Platzen eines Hirngefäßes innerhalb des Schädels, welches in den Subarachnoidalraum (Raum zwischen Gehirn und Gehirnhäuten) ein blutet. Diese Form findet sich oft bei jungen PatientInnen ohne Anzeichen einer Gefäßschädigung (vgl. Vieten, Schramm 2001, S.109; Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.20).

3.4. Risikofaktoren

Für das Vorkommen eines Schlaganfalles gibt es sehr viele Risikofaktoren, welche in diesem Kapitel angeführt werden. Das Ausschalten dieser und frühzeitiges Erkennen kann einem Schlaganfall vorbeugen. Dazu zählen folgende:

(1) arterielle Hypertonie, welche die häufigste Ursache von hämorrhagischem Insult ist, (2) Diabetes Mellitus: Die erhöhten Blutzuckerwerte führen zu Gefäßfunktionsstörungen und Störungen des Fettstoffwechsels. Das Risiko eines Diabetikers ist 4-6 Mal so hoch, einen Schlaganfall zu erleiden, (3) Inhalierendes Rauchen, (4) vermehrter Alkoholgenuss, (5) Hyperlipidämie, zu hohe Cholesterinwerte fördern Arteriosklerose, (6) die Einnahme von Ovulationshemmern, (7) Übergewicht, da es Folgekrankheiten begünstigt, (8) Herzkrankheiten (vor allem Vorhofflimmern und andere Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheiten) und (9) höheres Alter (vgl. Vieten, Schramm 2001, S.109; Seel 2003 S.594,596-597; Huber, Fazekas, Pilger, Wolzt, Feffer 2005, S.46-47).

3.5. Schweregrade

Ein Insult kann in unterschiedlichen Schweregraden auftreten, davon hängt auch die weitere Beeinträchtigung ab.

Der TIA (transischämische Attacke) ist ein sogenannter Vorbote des Schlaganfalles. Es handelt sich hierbei um eine vorübergehende Minderdurchblutung, wobei sich die neurologische Symptomatik innerhalb der ersten Minuten bis vierundzwanzig Stunden wieder vollständig zurückbildet. Es bedarf unbedingt medizinischer Abklärung (vgl. Seel 2003, S.594; Vieten, Schramm 2001, S.111; Delank 2001, S.293).

Bilden sich die neurologischen Ausfälle nicht innerhalb von vierundzwanzig Stunden völlig zurück, sondern klingen erst im Laufe der nächsten sieben Tage zur Gänze ab, so wird das als prolongiertes, reversibles, ischämisches Defizit bezeichnet (vgl. Seel 2003, S.594; Vieten, Schramm 2001, S.111; Delank 2001, S.293).

Von einem prolongierten (langsam entstehenden) oder progressiven(fortschreitendem) Insult wird gesprochen, wenn die Symptomatik zunimmt, sich aber nicht zurückbildet. Dies geschieht meist innerhalb von Stunden, maximal ein bis zwei Tagen bis zum „complete stroke“ (kompletter Schlaganfall). Kurzfristige Besserungen sind möglich (vgl. Seel 2003, S.594; Delank 2001, S.293-294).

3.6. Symptome und Pflegeschwerpunkte

Die Symptomatik nach einem Insult ist schwer bis gar nicht zu verallgemeinern. Schlaganfall ist nie gleich Schlaganfall. Die auftretenden neurologischen Defizite sind immer von der betroffenen Hirnarterie abhängig und davon, welches Hirnareal oder Versorgungsgebiet dadurch ausfällt. Jedes Hirnareal hat eine bestimmte Funktion, welche bei Unterversorgung des beschriebenen Hirnareals auch dementsprechende Störungen aufzeigen kann.

Zur besseren Plastizität werden in der nächsten Tabelle die Gehirnareale und deren physiologische Funktionen erläutert und mögliche Störungsbilder bei Beeinträchtigung des Bereiches aufgezeigt.

	Funktionen	Mögliche Störungsbilder
Frontallappen	• Bewusstsein • Initiierung von Bewegungen • Urteilkraft • Kontrolle emotionaler Reaktionen • Kontrolle des sprachlichen Ausdrucks • Zuweisen der Bedeutung von Worten • Gedächtnis von Bewegungen und Gewohnheiten	• Verlust einfacher Bewegungen • Apraxie • Verlust spontaner Interaktion • Verlust des flexiblen Denkens • Perseveration • reduzierte Aufmerksamkeit • Stimmungsschwankungen • verändertes soziales Verhalten und Persönlichkeit • Schwierigkeiten bei der Problemlösung • Broca Aphasie

Parietallappen	• Visuelle Aufmerksamkeit • sensorische Wahrnehmung • zielgerichtete, willkürliche Bewegungen • Manipulation von Gegenständen • Integration unterschiedlicher Sinne, Aufgaben verstehen	• Störung der visuellen und geteilten Aufmerksamkeit • Aphasie • Dys-/Agraphie, Dys-/Alexie, Dys-/Akalkulie • Schwierigkeiten beim Zeichnen von Gegenständen, sowie Unterscheidung zwischen links und rechts • Apraxie • gestörte Augen-Hand-Koordination
Okzipitallappen	• Sehkraft	• Gesichtsfeldausfälle • Schwierigkeiten, die Lage von Gegenständen in der Umgebung ausfindig zu machen • Farbagnosie • Halluzinationen und visuelle Illusionen • Wortfindungsstörung • Schwierigkeiten beim Erkennen gezeichneter Objekte • Bewegungsagnosie • Schwierigkeiten bei Lesen und Schreiben
Temporallappen	• Hören • Gedächtnisleistung • visuelle Wahrnehmung • Kategorisieren von Objekten	• Erinnern von Gesichtern • Wernicke Aphasie • Gestörte selektive Aufmerksamkeit bei Sehen und Hören • Schwierigkeiten beim Benennen und Identifizieren von Objekten • Verlust des Kurzzeit- und Störung des Langzeitgedächtnisses • gestörtes sexuelles Verhalten • Unfähigkeit beim Kategorisieren von Objekten • Ursache für permanentes Sprechen • verstärkt aggressives Verhalten

Tabelle 6: Funktionen und Störungsbilder der großen Hirnareale nach Wulf (vgl. Hüter-Becker, Dölken 2007, S.36-37)

Erfolgt der Schlaganfall in einer Großhirnhälfte, so geht das meist mit einer Hemiparese/Hemiplegie einher (vgl. Seel 2003, S.594).

Vieten und Schramm (2001) hingegen beschreiben die neurologischen Ausfälle nicht nach betroffenem Hirnareal, sondern nach der betroffenen Arterie. Die Tabelle sieben zeigt die Beeinträchtigungen, aufgelistet nach gestörtem Strömungsgebiet.

Betroffene Arterie	Dominierende neurologische Ausfälle
A. cerebri media oder A. Carotis interna	• meist gesichts- und armbetonte Hemiparese/Hemiplegie, • halbseitige Empfindungsstörung • Hemianopsie • Aphasie
A. cerebri anterior	• Beinbetonte Hemiparese/Hemiplegie • Inkontinenz
A. cerebri posterior	• Dyslexie • Hemianopsie
A. basilaris	• Drehschwindel • Übelkeit, Erbrechen • Drop attacks (plötzliches Hinfallen) • Schluckstörung, Sprachstörung und Sehestörung • bei komplettem Basilarisverschluss Para-beziehungsweise Tetraparese
A. cerebelli inferior posterior	Wallbergsyndrom: Drehschwindel, Übelkeit, Erbrechen, Heiserkeit, Nystagmus, Trigemini- und Gaumensegelparese, Schmerz- und Temperaturempfindungsstörung.

Tabelle 7: Neurologische Ausfälle nach betroffener Arterie nach Vieten und Schramm (vgl. Vieten, Schramm 2001, S.110)

Nach dieser bildlichen Darstellung, werden nun die einzelnen Symptome und die daraus resultierenden pflegerischen Schwerpunkte genauer erläutert und erklärt, welche dann auch Grundlage für die Erstellung des Beratungsleitfadens sein sollen.

3.6.1. Hemiplegie (Halbseitenlähmung)

Hierbei handelt es sich um eine vollständige (Plegie) oder teilweise (Parese) Lähmung jener Körperhälfte, die dem betroffenen Hirnareal gegenüber liegt. Das ist durch die Kreuzung der Pyramidenbahnen und sensiblen Bahnen begründet. Die Lähmung erscheint anfangs meist pseudoschlaff, geht nach einigen Tagen in ein spastisches Muster über, wodurch sich das typische Haltemuster eines Hemiplegikers (spastische Haltung im Beugemuster der oberen und im Streckmuster der unteren Extremität, retrahierte Schulter und Becken, sowie eine Spitzfußhaltung des Vorfusses) bildet (vgl. Seel 2003, S.594; Vieten, Schramm 2001, S.110).

3.6.2. Neglect oder Hemineglance

Der Begriff stammt aus dem Englischen von „to neglect“, das bedeutet vernachlässigen. Neglect ist eine „Bezeichnung für eine (oft halbseitige) Vernachlässigung des eigenen Körpers oder der Umgebung bezüglich einer oder mehrerer Sinnesqualitäten durch Hirnschädigung“ (Wied, Warmbrunn 2006, S.463).

Es geht bei dieser Symptomatik demnach darum, dass der/die Betroffene trotz funktionierender Sinnesorgane die optischen, akustischen und taktil-haptischen Reize auf der betroffenen Körperhälfte nicht oder nur teilweise wahrnimmt und auch nicht darauf reagiert. „Der Patient hat die Fähigkeit verloren, seine Aufmerksamkeit spontan oder durch unterschiedliche Reize auf die kontraläsionale Seite zu richten“ (Wulf, Scheidtmann In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.157).

Die Ursache ist eine verminderte Aufmerksamkeit. Er/Sie kann die Körperhälfte aufgrund der Störung des Körperschemas nicht als Teil seines Körpers betrachten. In extremen Fällen (Anosognosie) kann es so weit gehen, dass auch die Krankheit und Funktionsausfälle gar nicht wahrgenommen werden und misslungene Mobilitätsversuche beispielsweise mit Ausreden verharmlost werden (vgl. Beckmann 2000, S.30-31; Seel 2003, S.595).

3.6.3. Die hemiplegische Schulter

Typische Schmerzen als Folge der Hemiplegie sind häufig im Bereich der Schulter vorzufinden und sind Folge einer nicht korrigierten Fehlhaltung. Schulterblatt und Humerus sind durch Muskeln im Gelenk verbunden und bilden eine Muskel-Sehnenmanschette. Ist die Beweglichkeit des Schulterblattes eingeschränkt, entsteht eine Fehlstellung. 70 Prozent der SchlaganfallpatientInnen leiden an Schulterschmerzen. Eine sogenannte subluxierte Schulter (Oberarmkopf ist nicht mehr in der Gelenkspfanne verankert) entsteht häufig in der Phase der schlaffen Lähmung, also im Akutstadium bei eingeschränkter Wahrnehmung, wenn der Oberarm angehoben wird. Verletzungen entstehen bei Handlungen, wie Zug und Anheben des Armes, an der Hand ohne Unterstützung des Ellenbogengelenkes beim Transfer, Griff unter die Achsel oder längeres herabhängen lassen des Armes. Schmerzen treten erst auf, wenn die Wahrnehmung zurückkehrt (vgl. Beckmann 2000, S.142-144; Seel 2003, S.596).

3.6.4. Die geschwollene Hand

Ein weiterer typischer Schmerz ist jener der betroffenen Hand. Durch einen Lymph- oder Venenstau, in vielen Fällen auch durch Mikrotraumen (betroffene Hand hängt in den Speichen des Rollstuhles oder liegt abgeknickt auf) entsteht ein Ödem an der plegischen Hand, welches zu starken Schmerzen führen kann. Das Ödem tritt primär am Handrücken auf, kann in weiterer Folge aber auch Finger und Handinnenfläche betreffen (vgl. Beckmann 2000, S.146; Seel 2003, S.596).

Im Rahmen eines Schlaganfalles können auch Oberflächen- oder Tiefensensibilität beeinträchtigt sein, welche das Temperatur-, Schmerz- oder Berührungsempfinden beeinträchtigen. Auch Taubheitsgefühl und Kribbelparästhesien sind möglich (vgl. Seel 2003, S.595; Vieten, Schramm 2001, S.110).

3.6.5. Pusher-Syndrom

Der Begriff kommt ebenfalls aus dem englischen Sprachraum und leitet sich von to push (drücken, schieben) ab. Vom Pusher-Syndrom wird gesprochen, wenn der/die Betroffene seinen Körper aus jeder Position heraus auf die hemiplegische Seite drückt, wodurch für ihn/sie die Körpermitte verloren geht. Es wird vermutet, dass für den/die Betroffenen subjektiv die Körperlängsachse in Richtung nicht betroffener Seite verschoben ist. Die nicht betroffene Seite ist dadurch zusätzlich gestört, ein Platzieren der Extremität ist meist nicht oder nur sehr schwer möglich. Oft geht dieses Syndrom mit einem Neglect, fehlender räumlicher Orientierung und einer Apraxie einher, wodurch eine Rehabilitation äußerst erschwert wird (vgl. Beckmann 2000, S.31; Seel 2003, S.595-596).

3.6.6. Aphasie

„Als Aphasie werden erworbene, d.h. durch Hirnschädigung hervorgerufene Sprachstörungen bezeichnet“ (Scheidtmann In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.154). Tesak (2007) geht bei seiner Definition noch weiter und bezieht Folgen mit ein. „Unter Aphasie versteht man eine Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung nach Abschluss des Spracherwerbes. Die aphasischen Störungen führen zu Problemen in der verbalen Kommunikation und haben häufig psychosoziale Folgen“ (Tesak 2007, S.14).

Durch Verschluss der linken A. Cerebri media, können Sprachverständnis und/oder Sprachproduktion beeinträchtigt sein, wobei die Sprechmuskulatur nicht betroffen ist. Die Störung liegt im zentralen Sprachzentrum. Die Form der Aphasie ist von der betroffenen Hirnregion abhängig, liegt aber immer in der dominanten Gehirnhälfte. Dabei sind motorische, sensorische, amnestische und globale Aphasie zu unterscheiden (vgl. Seel 2003, S.595, 726; Vieten, Schramm 2001, S.110).

Bei der motorischen Aphasie, auch Broca-Aphasie genannt, ist die Sprachproduktion bei intakten Sprechorganen gestört. Das bedeutet, das motorische Sprachzentrum ist betroffen. Der/die Betroffene kann nicht spontan sprechen und leidet unter einer bewussten Sprachhemmung, welche ihm/ihr das Sprechen sehr anstrengend macht. Die Sprachmelodie ist meist monoton, von stereotypen Wiederholungen geprägt und oftmals wird im Telegrammstil gesprochen. Häufig tritt auch ein Agrammatismus auf, einzelne Laute und Silben werden weggelassen. Als Ressource bleibt den Betroffenen sowohl Lese-, Schreib- als auch Sprachverständnis weitgehend intakt (vgl. Henkel 2006, S.14; Seel 2003, S.726).

Bei der sensorischen Aphasie (Wernicke Aphasie) hingegen, ist das Sprachverständnis kaum noch vorhanden. Es werden akustische Reize aufgenommen, aber es ist keine Erinnerung an Wortbedeutungen existent. Sprachmelodie und Artikulation sind erhalten. Das heißt, Sprechen ist zwar spontan möglich, das Gesprochene ergibt jedoch meist keinen Sinn. Es passieren Wortverwechslungen (Paraphrasieren) oder es werden gar neue Wörter erfunden. Die Reaktionen der Mitmenschen sind für den/die Betroffenen nicht nachvollziehbar, oft reagieren sie ungeduldig, wenn sie nicht gleich verstanden werden. Auch Lesen, Schreiben und Rechnen sind bei dieser Form der Aphasie nicht oder nur gestört möglich (vgl. Henkel 2006, S.4-5; Seel, 2003, S.726).

Die Globalaphasie oder totale Aphasie ist die schwerste Form der Sprachstörung, bei der Sprachverständnis und Sprachproduktion beeinträchtigt sind. Die verbale Kommunikation ist stark beeinträchtigt, nur einzelne Laute bzw. sinnlose Sprachfloskeln sind möglich (vgl. Henkel 2006, S.4; Seel 2003, S.727).

Die leichteste Form ist die amnestische Aphasie. Hier sind sowohl Sprachverständnis, als auch Sprachproduktion intakt, es kommt nur zu Wortfindungsstörungen. Diese können im

Gespräch durch Umschreibung oder Verwendung von Oberbegriffen gut kompensiert werden (vgl. Henkel 2006, S.5; Seel 2003, S.727).

3.6.7. Schluckstörung (Dysphagie)

Aufgrund der Lähmungserscheinungen kann auch die Kau-, Gesichts- und Schluckmuskulatur beeinträchtigt sein, wodurch klarerweise auch das Transportieren der Nahrung erschwert ist. Das bedeutet, es liegt eine Störung des Schluckvorganges vor. Auch Koordinationsstörungen beim Schluckakt können auftreten, sowie Taubheitsgefühle der Mundhöhle, aufgrund dessen Essensreste in der Wangentasche nicht wahrgenommen und auch nicht mit der Zunge entfernt werden können. Diese Beeinträchtigungen führen zu häufigem verschlucken und bergen die Gefahr einer Aspirationspneumonie (vgl. Herbst 2009, S.15; Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.46; Seel 2003, S.596).

3.6.8. Apraxie

„Die Apraxie gehört zu den Störungen komplexer Fähigkeiten. Im Grundprinzip handelt es sich um eine Störung der Organisation der willkürlichen Bewegung“ (Scheidtmann In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.155).

Gschwind (1975) geht von folgender Definition aus: Bei einer Apraxie handelt es sich um „disorders of the execution of learned movement which cannot be accounted for by either weakness, in co-ordination, or sensory loss, or by incomprehension of or inattention to command“ (Gschwind 1975, zit. n. West et al. 2008, S.2).

Beim Auftreten einer Apraxie kann der/die Betroffene trotz vorhandener Beweglichkeit Handlungsabläufe nicht planen und umsetzen. Komplexe Bewegungsabläufe können nicht durchgeführt werden, sondern werden durch unzweckmäßige, fehlende oder wiederholte Teilbewegungen ersetzt (vgl. Vieten, Schramm 2001, S.110; Seel 2003, S.595). Apraxie ist somit „...die Unfähigkeit, Körperbereiche zweckmäßig zu bewegen. Sie ist ein Handlungs- und Planungsdefizit, das zu falschen Handlungen und Reaktionen führt“ (Beckmann 2000, S.33).

Scheidtmann (2007) unterscheidet zwei Formen der Apraxie. Die *ideomotorische* Apraxie, bei der die Auswahl und zeitliche Sequenzierung von Einzelbewegungen gestört ist. "Ideomotor Apraxia can affect the patient by hindering their ability to select, sequence and use objects" (Heilman 1985 zit. n. West et al. 2008, S.2).

Bei der *ideatorischen* Apraxie können Betroffene keine komplexen Handlungen durchführen, die eine logische Aneinanderreihung von Einzelhandlungen sind (Scheidtmann In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.154). Jackson beschreibt sie als „...unable to perform a skilled activity because they have lost the conceptual ability to organise actions required to achieve their goal“(Jackson 1999 zit. n. West et al. 2008, S.2).

3.6.9. Agnosie

„Als Agnosien werden Störungen des Erkennens bezeichnet, die nicht oder zumindest nicht hinreichend durch Beeinträchtigung der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit oder allgemeiner Intelligenz erklärt werden können“ (Scheidtmann In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.154).

Das bedeutet, trotz funktionierender Sinnesorgane können akustische, taktile oder optische Reize nicht im Zusammenhang erkannt werden. Es besteht eine Beeinträchtigung des Erkennens, beispielsweise werden die Funktionen von Gebrauchsgegenständen nicht mehr erinnert (vgl. Seel 2003, S.595).

3.6.10. Orientierungsstörungen

Ist die nicht dominante Gehirnhälfte vom Schlaganfall betroffen, kann sich das im Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Person und der visuellen Wahrnehmung von Gegenständen zeigen. Dabei werden beispielsweise Entfernungen und Größen falsch eingeschätzt (vgl. Seel 2003, S.595).

3.6.11. Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

Auch diese Beeinträchtigungen können Folge eines Schlaganfalles sein. Betroffene benötigen öfter und längere Ruhepausen und sind auch bei Anstrengungen schneller erschöpft (vgl. Seel 2003, S.596).

3.6.12. Sehstörungen

Es können Gesichtsfeldausfälle (homonyme Hemianopsie) auftreten, sodass die Person häufig mit der betroffenen Seite an Gegenstände anläuft und längeres scharfsehen nicht möglich ist. Auch Doppelbilder können in diesem Zusammenhang auftreten (vgl. Seel 2003, S.596).

3.6.13. Inkontinenz

Aufgrund anfänglicher Bewusstseinsstörungen, kann ein Verlust der Blasen- und Darmfunktion die Folge sein. Bei etwa 40 Prozent der Betroffenen bleibt sie jedoch auch nach dem Akutstadium in Form von einer Dranginkontinenz oder einer neuropathischen Blase bestehen. Auch Einschränkungen der Mobilität, eine Aphasie oder neuropsychologische Defizite können eine Inkontinenz vortäuschen (vgl. Seel 2003, S.596).

Nachdem in diesem Kapitel die komplexen Symptome und Pflegeschwerpunkte etwas näher erläutert wurden, soll im nächsten Kapitel der speziellen Beratung von SchlaganfallpatientInnen die Aufmerksamkeit gewidmet werden. Der dringende Bedarf und die Bedürfnisse von PatientInnen und deren Angehörigen nach Beratung können anhand mehrerer Studien aufgezeigt werden.

4. Spezielle pflegerische Beratung bei SchlaganfallpatientInnen

Wie schon im vorherigen Kapitel beschrieben, zählt der Schlaganfall zu den häufigsten Ursachen bleibender Behinderung im Alter und stellt für PatientInnen und deren soziales Umfeld in dieser Situation eine Krise dar (vgl. Allgeier, Kämmerle-Hofrichter 2005, S.373-374).

SchlaganfallpatientInnen nehmen den Körper nicht mehr als Ganzes wahr, sondern erleben jede einzelne Bewegung als bewusste Handlung. Sie benötigen alle Kräfte für die Aktivitäten des täglichen Lebens, dabei erhoffen sie sich die Unterstützung durch Pflegende zur Kompensation von Defiziten. Zu den körperlichen Einschränkungen kommen auch noch Angst und verminderte Belastbarkeit hinzu. O'Connell, Hanna, Penny et. al (2001) konnten in einer Befragung von Betroffenen bestätigen, dass es für Betroffene aufgrund des Geschehens und den damit verbundenen Lebensstilveränderungen, das Ende des bisherigen Lebens bedeutet (vgl. Bienstein et al. 2006, S.16-21).

Eine Studie von Allgeier et. al (2005) beschreibt, dass Familienangehörige häufig die wichtigsten Bezugspersonen darstellen, die emotionale und manuelle Hilfestellung, sowie Pflegetätigkeiten leisten (vgl. Allgeier, Kämmerle-Hofrichter 2005, S. 379). Daher ist es auch wichtig, diese in den Beratungsprozess miteinzubeziehen. Sie haben eine Schlüsselrolle in der Betreuung von SchlaganfallpatientInnen (vgl. Rettke, Lyrer 2002, S.53-59).

Um den Umgang mit den Folgen der Krankheit zu erleichtern und Angst zu vermindern, könnte die Pflege als Berufsgruppe durch professionelle und systematische Wissensvermittlung und Beratung eine wichtige Rolle spielen. Sie besitzen Wissen über die Auswirkungen der Erkrankung auf Betroffene im Alltag und haben auch den direkten Kontakt zu PatientInnen (vgl. Allgeier, Kämmerle-Hofrichter 2005, S.379).

Derzeit wird der Informations- und Wissensstand der PatientInnen laut einer Studie von Christmann et al. (2004) als defizitär beschrieben (vgl. Christmann, Holle, Schüssler, Beier, Dassen 2004, S.165). Die Berufsgruppe der Pflege wird als Wissens- und Informationsvermittler nicht angeführt (vgl. Allgeier, Kämmerle-Hofrichter 2005, S.377).

Das Bedürfnis von PatientInnen nach „... umfassender, verständlicher Information und nach Kommunikation, verbunden mit emotionaler Zuwendung sowie nach Achtung der Persönlichkeit...“ (Christmann et al. 2004, S.167) findet im Krankenhaus nicht die adäquate Relevanz und Beachtung.

Christmann et al. (2004) beschreiben in ihren Studienergebnissen ausführlich die positive Wirkung von Information auf SchlaganfallpatientInnen. Es können Reduktion von Angst, Depression, Schmerz, Nebenwirkungen, Stimmungsstörungen und des emotionalen Leids einerseits und Verbesserung der Lebensqualität, des Schlafes, des Grades der Selbstständigkeit, der Krankheitsbewältigung und PatientInnenzufriedenheit andererseits beschrieben werden. In Folge dessen erhöht sich auch die Selbstbestimmung von PatientInnen, ein Kontrollgewinn im Krankheitsverlauf kann erreicht werden (vgl. Christmann et al. 2004, S.166).

Ähnliche Auswirkungen können auch bei Beratung erwartet werden, da diese mehrdimensionaler als reine Informationsweitergabe ist.

SchlaganfallpatientInnen und ihre Angehörigen sollten unter fachkundiger pflegerischer Anleitung Fertigkeiten und Informationen zum Umgang mit den körperlichen Einschränkungen und Belastungen erhalten (vgl. Allgeier, Kämmerle-Hofrichter 2005, S.379). Pflege könnte als eine kompetent beratende, hochqualifizierte Tätigkeit eine wichtige Aufgabe erfüllen (vgl. Allgeier et al. 2005, S.378).

Christmann et. al (2004) kamen zu dem Ergebnis, dass SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörige Bedürfnisse haben, Informationen zu Krankheitsbild, Ursachen und Prognose zu erhalten. Sie wollen Bescheid wissen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, poststationäre Therapien und Verhaltensweisen, Auswirkungen auf den Alltag, Möglichkeiten der Mitwirkung an der Genesung, Krankheitsbewältigung, Prävention, Dienst- und Hilfeleistungen nach der Entlassung, sowie über PatientInnenrechte (vgl. Christmann et al. 2004, S.169).

Aus mehreren Studien konnte auch von Bienstein et al. (2006) das Bedürfnis nach Informationen über Risikofaktoren für einen Re-Insult, sowie Folgen und Auswirkungen identifiziert werden (vgl. Bienstein et al. 2006, S.21).

Eine randomisierte Kontrollstudie von Green, Haley, Eliaszew und Hoyle (2007) versuchte durch motivierend, pädagogische Beratung das Wissen über das Krankheitsbild, Symptome, Zeichen und Risikofaktoren zu steigern, und eine Verhaltensänderung hinsichtlich Risikofaktoren zu belegen. Persönliche Lernstrategien wurden nicht einbezogen, ebenso wenige Faktoren im häuslichen Umfeld, die das Ergebnis verändern können. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe im Wissensstand festgestellt werden. Die Verhaltensänderung wies jedoch keinen signifikanten Unterschied auf (vgl. Green et al. 2007, S.13-20).

„Health care professionals are in a position to provide opportunities for effective stroke prevention through counselling, education, treatment, and risk reduction planning, offered in short, individualized interactions“ (Green et al. 2007, S.19).

“Während ihres stationären Aufenthaltes wünschen sich die Patienten ausführliche Informationen über die für sie geeigneten Pflorgetechniken (Bienstein et al.2006, S.24).“

Diese müssen jedoch individuell an Fähigkeiten angepasst werden. Auch schriftliche und mündliche Informationen, sowie Beratung über den poststationären Betreuungsbedarf durch weiter betreuende soziale Dienste, Wohnraumadaptierung und Hilfsmittel werden in dieser Literaturanalyse in mehreren Studien beschrieben (vgl. Bienstein et al. 2006, S.21-25).

Die Vorbereitung und Beratung hinsichtlich der zukünftigen häuslichen Situation wird auch in einer Studie von Bhattacharjee et al. (2012) deutlich. Pflegerische Beratung wird auch hier als essentieller Inhalt jeder Rehabilitation beschrieben.

“PredischARGE training of the Caregivers in activities of daily living (moving, handling, transferring patient from bed to chair, chair to toilet), nursing activities (feeding), communication (verbal and nonverbal) interaction with family, friends and society for social reintegration are essential and will reduce the anxiety stress of Caregivers and improve the quality of life of the stroke survivor....Stroke rehabilitation services should also address Caregivers issues and include practical training in nursing skills and counseling sessions, which will help in reducing the Caregivers burden and improve patient recovery”(Bhattacharjee et al. 2012, S.115).

Smagt-Duijnsteet al (2001) haben sich auch mit den Bedürfnissen, speziell Angehöriger von SchlaganfallpatientInnen, beschäftigt und dabei drei Kategorien der Bedürfnisse herausgearbeitet. Erstens das Bedürfnis nach Information, wobei weibliche Angehörige einen höheren Bedarf aufzeigen, auch die Länge des Krankenhausaufenthaltes spielt eine wichtige Rolle. Zweitens das Bedürfnis nach Beratung. Dabei stellte sich heraus, dass jene mit höherer schulischer Bildung weniger Beratungsbedarf aufweisen, als jene mit geringerer Ausbildung. Drittens wurde das Bedürfnis nach Erreichbarkeit definiert, damit ist der Zugang zu medizinischem Personal gemeint. Die Wichtigkeit war abhängig vom Alter und der Beziehung zum/zur PatientIn (vgl. Smagt-Duijnsteet al. 2001, S.307-314).

„...relatives who doubted their capacity to combine activities at home with hospital activities were found to need more counselling and were less satisfied about the counselling they received (Smagt-Duijnsteet al. 2001, S.314).“

Nicht alle diese Bereiche können von der Pflege allein abgedeckt werden, aber die Pflege kann in ihrem Bereich einigen dieser Bedürfnisse gerecht werden. Luderer und Behrens (2005) zeigten auf, dass den Pflegenden die rechtliche Situation oft nicht klar ist (33 Prozent der befragten Pflegenden kannten die Rechtslage nicht), in welchem Ausmaß beraten und Auskunft gegeben werden darf. Pflegende dürfen im Sinne ganzheitlicher Betreuung auch über die Krankheit, Prognose und Therapie sprechen. Voraussetzung ist jedoch, dass zuvor ein ärztliches Gespräch stattgefunden hat und der Sinn der ärztlichen Aufklärung nicht verändert wird (vgl. Luderer, Behrens 2005, S.16).

In einer qualitativen Studie von Evans et al. konnte gezeigt werden, dass sowohl Schulung, als auch Beratung das Wissen steigert, die Familienstruktur stärkt und zu einer besseren Ausgeglichenheit bei PatientInnen nach einem Schlaganfall führen. Die Erhebung erfolgte sechs Monate und ein Jahr nach der Intervention. Die Kombination beider Interventionen zeigte das beste Ergebnis. „Both interventions improved caregiver knowledge, but education was not sufficient to promote even short-term changes in patient adjustment; counseling resulted in better patient adjustment at follow-up“ (Evans et al. 1988, S.1249).

Durch die Beratung konnte zusätzlich der Problemlösungsprozess gestärkt und die Kommunikation in der Familie verbessert werden (vgl. Evans et al. 1988, S.1243-1249).

Dass die Beratung bei SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen eine wichtige Pflegeintervention darstellt, scheint nicht mehr von der Hand zu weisen zu sein. Werden

aber die verschiedenen Auswirkungen und Pflegeschwerpunkte betrachtet, so kann sich aufgrund der unterschiedlichen neurologischen Ausfälle und kognitiven Beeinträchtigungen folgende Frage ableiten. Ist Beratung bei PatientInnen mit kognitiven, beziehungsweise neuropsychologischen Beeinträchtigungen überhaupt möglich und sinnvoll?

Die Fähigkeit, Wissen aufzunehmen und auch zu einem späteren Zeitpunkt wieder abzurufen, trotz kognitiver und emotionaler Beeinträchtigung nach einem Schlaganfall, wurde von Rettke und Lyrer (2002) nachgewiesen. Allerdings unter der Einschränkung, dass dieses Wissen in geeigneter Form übermittelt werden muss. Ausgenommen waren lediglich PatientInnen mit schweren Aphasieformen (vgl. Rettke, Lyrer 2002, S.53-59).

Ausgehend von diesen Ergebnissen, ist eine Beratung bei SchlaganfallpatientInnen durchaus sinnvoll, das Einbeziehen von Angehörigen in den Beratungsprozess ist aber bei dieser PatientInnengruppe noch essentieller, außer der/die Betroffene lehnt das definitiv ab. Bei jenen mit schweren Aphasieformen sollte stets die Beratungskonfiguration BeraterIn, PatientIn und Angehörige gewählt werden.

Wichtig bei der Beratung und Informationsweitergabe ist eine systematische Beratung und Konsistenz der Informationen, sowie die Ehrlichkeit der vermittelten Informationen durch die im Pflegeprozess und interdisziplinär agierenden Personen (vgl. Christmann et al. 2004, S.167, Allgeier 2005, S.378; Smagt-Duijnsteet et al. 2001, S.314).

Zwygart-Stauffacher, Lindquist und Savik (2000) unterstreichen in ihren Ergebnissen auch noch die Relevanz von regelmäßiger Informationsweitergabe zu aktuellen Geschehnissen in einer klaren und verständlichen Sprache (vgl. Bienstein et al. 2006, S.24).

Luderer und Behrens (2005) haben zur interdisziplinären Zusammenarbeit festgestellt, dass eine fächerübergreifende Dokumentation von Medizin und Pflege über den Status von Aufklärung bezüglich Krankheit und Prognose essentiell ist, um aus pflegerischer Sicht auch spontan auf den Kommunikationsbedarf von PatientInnen eingehen zu können. Ist der Aufklärungsstatus für alle agierenden Berufsgruppen klar, kann durch Gespräche die Compliance verbessert, Vertrauensverlust und Isolation verhindert werden (vgl. Luderer, Behrens 2005, S.22)

Die Probleme von SchlaganfallpatientInnen sind äußerst komplex, wie im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt wurde. Sie betreffen sowohl den körperlichen, psychischen und sozialen Bereich (vgl. Engel 2011, S.121). Die Auswahl einer geeigneten Beratungstheorie erscheint daher etwas schwierig.

Die Schlussfolgerung der theoretischen Abhandlung für diese Arbeit ergibt für die Verfasserin, dass aufgrund der Relevanz des sozialen Kontexts und dem Einbeziehen von Angehörigen ein systemischer Ansatz den komplexen Anforderungen am ehesten Genüge zu leisten scheint. PatientInnen werden in der gesamten Lebenswelt gesehen und die Lösungsfindung zielt auf Handlungs- und Verhaltensweisen des gesamten Systems hin. Das systemische Beratungsmodell nach HUGADO von Hummel-Gatz und Doll (2006) stellt den Beratungsprozess in der Pflege als Interaktion zwischen der „Lebenswelt Patient“ und dem „Betreuungssystem“ in Form von Beratung sehr gut dar. Inhalte der humanistischen Konzepte, wie die ganzheitliche Betrachtungsweise des Individuums und der Einsatz der Basisvariablen einer therapeutischen Grundhaltung können nicht ignoriert werden, zumal sie als Grundvoraussetzung einer Beratungsbeziehung gelten. Die Verfasserin vertritt auch die Meinung, dass keines der pflegebezogenen Beratungskonzepte völlig ausgeschlossen bleiben kann und je nach Pflegeschwerpunkt mehr oder weniger zutreffend ist. Grundsätzlich beruht die Beratung von SchlaganfallpatientInnen jedoch auf lösungsorientierten Konzepten, die sich auch an systemischen Ansätzen orientieren. Es geht um die Lösungsfindung zur Entwicklung alternativer Handlungsweisen, die an die veränderte Gesundheitssituation angepasst werden müssen. Als Beratungstyp für die Praxis sollte unbedingt die Form einer komplexen Beratung Anwendung finden, da auch dem zentrale Thema, nämlich der Pflege von Schlaganfallbetroffenen und der Umgang mit dem Krankheitsbild, eine äußerst komplexe Rolle zukommt.

Die Literaturrecherche nach Beratungs- und Schulungskonzepten für SchlaganfallpatientInnen blieb erfolglos. Die Relevanz zur Erstellung eines Beratungsleitfadens erscheint daher gegeben.

Damit ist die Überleitung zum nächsten Kapitel geschaffen, welches mit Hilfe wissenschaftlicher Literatur und Fachliteratur einen Leitfaden für Pflegepersonal zur Beratung von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen zu gestalten versucht.

5. Erstellung des Beratungsleitfadens

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Beratung in der Pflege und das Krankheitsbild des Schlaganfalles erläutert, sowie die Relevanz der Beratung von SchlaganfallpatientInnen dargestellt wurden, beschäftigt sich dieses Kapitel mit dem Versuch, einen Leitfaden für Inhalte dieser Beratungsgespräche zu generieren.

“Ein Leitfaden ist eine kurzgefasste Einführung in ein Wissensgebiet” (Strauch, Rehm 2007, S.277). Der Begriff wurde aus der griechischen Mythologie abgeleitet und lehnt sich an den Ariadnefaden an, der Theseus in Knossos den Weg aus dem Labyrinth wies (vgl. Strauch, Rehm 2007, S.277). Synonym verwendet werden häufig Begriffe wie Abriss, Führer, Grundriss, Handweiser, Ratgeber, Übersicht, Zusammenfassung, (bildungssprachlich) Exzerpt, Kompendium, Vademekum (vgl. www.duden.de, Zugriff am 5.1.2013).

Der Leitfaden soll Pflegepersonen in der Beratungssituation erleichtern, einen “roten Faden” für inhaltliche Beratungsschwerpunkte im Gesprächsverlauf zu finden. Er kann niemals ein Rezept für jedes Beratungsgespräch sein, da dieses immer individuell auf den Bedarf von PatientInnen und deren Angehörige abgestimmt werden muss. Da das Auftreten von Beeinträchtigungen an den Ort des Geschehens im Gehirn beziehungsweise an das Einstromgebiet gebunden ist, werden die Beratungsschwerpunkte für die einzelnen Pflegeprobleme als separate Module bearbeitet, sodass diese individuell kombiniert werden können.

Auch Jungbauer et al. (2008) kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass sich die Bedürfnisse individuell unterscheiden, die Interventionen in Modulen angeboten werden sollten, die flexibel eingesetzt werden können (vgl. Jungbauer, Döll, Wilz 2008, S.149).

Bei der Wahl der Formulierung wird auf Verständlichkeit - auch für Laien - geachtet, weshalb auf Fachjargon größtenteils verzichtet wird.

5.1. Vorgehen

Es werden allgemeine und spezifische Beratungsschwerpunkte für die pflegerische Versorgung und Betreuung von SchlaganfallpatientInnen ausgewählt, welche systematisch

als pflegebezogener Beratungsleitfaden aufbereitet werden sollen, um PatientInnen und deren Angehörige im Umgang mit dem Krankheitsbild und den daraus resultierenden Pflegeschwerpunkten zu unterstützen. Für den Leitfaden werden die Pflegeschwerpunkte Schluckstörung, Aphasie, Hemiplegie, Neglect und Apraxie herangezogen und die Beratungsschwerpunkte in einzelnen Modulen beschrieben. Inkontinenz wird nicht einbezogen, da diese für den Schlaganfall nicht spezifisch ist und aufgrund der ausführlichen, bestehenden Literatur den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Die Handlungsanweisungen, Informationen und Beratungsschwerpunkte werden aus bestehender Fachliteratur und wissenschaftlichen Studien systematisiert und als Leitfaden ausgearbeitet. Dabei wird auf theoretische Erkenntnisse aus der Pflegeberatung und pflegebezogene Inhalte Bezug genommen. Die Literaturrecherche erfolgte neben einer Internetrecherche auf Google Scholar in den Bibliotheken der Universität Wien, der medizinischen Universität Wien und der Bibliothek des Rudolfinerhauses. Erweiternd wurde auch in den Datenbanken Pubmed und CINHAL nach geeigneten wissenschaftlichen Abhandlungen zu den genannten Pflegeschwerpunkten gesucht. Die verwendeten Suchbegriffe waren die genannten Pflegeschwerpunkte kombiniert mit den Worten „Pflege“ und/oder „Beratung“, beziehungsweise im Englischen „nursing“, „care“, „intervention“ und/oder „counseling“. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden den ausgewählten Modulen zugeordnet und innerhalb dieser zur besseren Übersicht in Beratungsschwerpunkten zusammengefasst.

Kriterien für die Erstellung eines Beratungsleitfadens konnten aus der Literatur nicht identifiziert werden. Abt-Zegelin (2003) definierte jedoch Kriterien für die Patientenedukation, die auch für die Beratung und Erstellung des Leitfadens passend erscheinen.

In der folgenden Tabelle möchte ich die für den Leitfaden abgeleiteten und adaptierten Kriterien veranschaulichen.

Alle drei Anteile (Informieren, Schulen, Beraten) sollen aufgrund der komplexen Situation Anwendung finden Die Angehörigen sollen einbezogen werden Beratung soll in Form eines Prozesses geschehen Gesamtmenge von Wissen und Fertigkeiten muss definiert und evidenzbasiert sein Alltagsrelevanz steht im Vordergrund, statt Vermittlung eines kleinen Expertenwissens Gemeinsame Zielsetzung soll angestrebt werden, standardisierte Vorgehensweisen müssen individuell angepasst werden Bezug zur Lebenswelt von PatientInnen, Alltag und optimalem Handeln herstellen Fachlich/inhaltliche und beratungsspezifische Kompetenzen der Pflegeperson sind Voraussetzung Ziel ist niederschwelliger Zugang mit besucherfreundlichen Öffnungszeiten Qualitätssicherung und Evaluation der gesetzten Maßnahme sind notwendig
--

Tabelle 8: abgeleitete Kriterien für den Beratungsleitfaden aus der Patientenedukation nach Abt-Zegelin (vgl. Bienstein et al. 2006, S.62)

5.2. Erstellung der Module

Im folgenden Kapitel werden Module für Inhalte einer pflegebezogenen Beratung ausgearbeitet, die in den bereits beschriebenen Beratungsprozess (siehe Kapitel 2.10.) integriert werden müssen. Das bedeutet, es muss zuerst immer eine Informationssammlung über den Ist-Zustand, sowie der vorhandenen Ressourcen erfolgen, bevor gemeinsam mit dem/der PatientIn das Problem und gemeinsame Ziele der Beratung definiert werden können. Erst anhand dieser, können zur Maßnahmenplanung und Durchführung, die Module herangezogen werden. Da jeder/jede PatientIn und auch die Angehörigen individuell sind, muss bei jeder Beratung die Relevanz der Inhalte der einzelnen Module abgeklärt werden. Die Erstellung der Module beruht auf Schwerpunkten, die aus der Literatur abgeleitet wurden und kann nicht als allgemein gültig bewertet werden. Sie bilden einen Leitfaden über mögliche relevante Themen. Den Abschluss muss in jedem Fall eine Evaluation der Beratung bilden.

5.2.1. Modul 1 - Allgemeine Beratung von SchlaganfallpatientInnen

Nach einem Schlaganfall kann die psychosozial-pflegerische Beratung dazu beitragen, Betroffene und deren Angehörige bei Veränderungen in deren Lebensführung zu unterstützen, sowie vorhandene Ressourcen zu erkennen und gezielt einzusetzen (vgl. Geyer, Rose, Zwicker-Pelzer, 2011, S.150-151).

Das soziale Rollenbild verändert sich enorm und die Wahrung sozialer Beziehungen, die Neugestaltung der beruflichen Situation und Freizeitgestaltung sind relevante Themen im

Bewältigungs- und Rehabilitationsprozess. Soziale Beziehungen sind wichtige Komponenten, die einbezogen werden müssen. Die Gefahr sozialer Isolation, Frustration und/oder Scham darf nicht außer Acht gelassen werden. Goldberg (1998) beschreibt, dass Frauen und Personen mit höherem Ausbildungsniveau von sozialer Isolation häufiger betroffen sind (vgl. Bienstein et al. 2006, S.16-21).

Motivation und die Bereitschaft zu Gesprächen, können Einsamkeit und Langeweile vorbeugen. Depression nach einem Schlaganfall ist die häufigste psychiatrische Diagnose, welche auch Einfluss auf die Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens hat. Ein Jahr nach dem Schlaganfall sind nach Untersuchungen von Robinson, Bolduc und Price (1987) ein Drittel, zwei Jahre nach dem Geschehen bereits 40 Prozent davon betroffen (vgl. Bienstein et al. 2006, S.21-25).

Die Bedürfnisse von Angehörigen unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen der Betroffenen. Auch bei ihnen kann durch die Veränderung der Gesamtsituation und des bisherigen Lebensstils eine depressive Verstimmung auftreten, welche die psychische Situation von PatientInnen beeinflusst. Die Studie von Jungbauer et al. (2008) zeigt, dass der Unterstützungsbedarf der Angehörigen hinsichtlich krankheitsbezogener Information nahezu über den gesamten Betreuungszeitraum bestehen bleibt, während die emotionale Unterstützung erst zu einem späteren Zeitpunkt im Betreuungsverlauf in den Vordergrund tritt. Weibliche Angehörige geben einen höheren Bedarf an professioneller Unterstützung an, als dies männliche tun. Bezugspersonen von PatientInnen haben Bedarf an Beratung über den Umgang mit den Beeinträchtigungen der Betroffenen. Da Angehörige, die selbst unter psychosozialer Beeinträchtigung leiden, negative Auswirkungen auf den Rehabilitationsbedarf des/der PatientIn haben, sollte deren Bedürfnis nach Beratung Rechnung getragen werden. Diese Ergebnisse führen zur Ableitung, dass in der Praxis dringender Bedarf an Information und Aufklärung, sowie praktischer und emotionaler Unterstützung von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen besteht. Die Integration psychotherapeutischer Interventionen für PatientInnen und deren Bezugspersonen wird nahegelegt (vgl. Jungbauer, Döll, Wilz 2008, S.145-149).

Grant (1996) beschreibt die Wichtigkeit, im Gespräch mit Angehörigen auf den Umgang mit funktionellen und kognitiven Beeinträchtigungen einzugehen, diese zu thematisieren,

sodass diese verstanden werden und geeignete Bewältigungsstrategien entwickelt werden können (vgl. Bienstein et al. 2006, S.26-29).

Die Ungewissheit der Angehörigen über die zukünftigen Pflegebedürfnisse der Betroffenen, sowie der Bedarf an qualifizierter Vorbereitung auf die Entlassungssituation, Hilfsmittel und unterstützende Organisationen decken sich großteils mit den Bedürfnissen der PatientInnen. Hanger und Mulley (1993) beschreiben auch das Informationsbedürfnis über das Krankheitsbild, praktische Hilfstipps, Schlaganfallgruppen und Rehabilitationsmaßnahmen, welche sich nur marginal von jenen der Betroffenen selbst unterscheiden (vgl. Bienstein et al. 2006, S.26-29).

Angehörige haben zusätzlich das Bedürfnis, von Professionellen in den Betreuungs- und Rehabilitationsprozess, sowie die Entlassungsplanung einbezogen zu werden. (vgl. Bienstein et al. 2006, S.26-29).

5.2.1.1. Leitfaden für die Beratung zu allgemeinen Themen

Information und Beratung über das Krankheitsbild, Ursache und Prognose: Das Bedürfnis, über Krankheitsbild, Ursache und Prognose Bescheid zu wissen, wird von Bienstein et al. (2006) und Christmann et al. (2004) beschrieben. Es geht hier im Rahmen der Beratung darum, die Informationen über diese Inhalte, wie in Kapitel 3 beschrieben, zu vermitteln (vgl. Christmann et al. 2004, S.169; Bienstein et al. 2006, S.23, 29, 32-33).

Prävention und Risikofaktoren: Die Beratung soll den Bedürfnissen von PatientInnen und deren Angehörigen nach Information gerecht werden und Risikofaktoren zur Prävention eines Re-Insultes aufzeigen (vgl. Christmann et al. 2004, S.169; Bienstein et al. 2006, S.23; Thranberend 2007, S.108). Inhalt sind die in Kapitel 3.4. beschriebenen Risikofaktoren.

Alltag und die Freizeit: Die genannten Inhalte über die Auswirkungen auf den Alltag und die Freizeit werden von Christmann et al. (2004) und Bienstein et al. (2006) als Beratungsbedürfnisse von PatientInnen und deren Angehörigen beschrieben (vgl. Christmann et al 2004, S.169; Bienstein et al. 2006, S.32-33).

Zu diesen Themen konnten keine evidenzbasierten Abhandlungen zur Beratung in den Datenbanken identifiziert werden. Kiechl, Lalouschek und Lang (2006) haben jedoch in

einer fachlichen Informationsabhandlung der Österreichischen Gesellschaft für Schlaganfallforschung diese Themen einbezogen, welche hier als Beratungsgrundlage dienen.

Ein Thema, das für viele SchlaganfallpatientInnen Relevanz hat, ist Sport. Viele Sportarten können aufgrund der Beeinträchtigungen oder Verletzungsgefahr bei Antikoagulantientherapie nicht mehr ausgeübt werden. Prinzipiell ist sportliche Betätigung zur Muskelstärkung, Vermeidung von Spastik und zur Rezidivprophylaxe dringend zu empfehlen, die Sportart muss jedoch adaptiert werden. Beispielsweise Schwimmen, Wassergymnastik oder Übungen mit gymnastischen Hilfsmitteln können sehr empfohlen werden, um einem Muskelabbau entgegen zu wirken. (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.65-67).

Die Folgen eines Schlaganfalles wirken sich auch auf Reisegewohnheiten aus. Grundsätzlich gibt es keinen Grund das Reisen zu unterlassen, wenn keine hochgradige Beeinträchtigung besteht. Zu vermeiden sind jedoch große Höhen und Extremtemperaturen, sowie ungünstige klimatische Verhältnisse. Im Vorfeld sollte eine Krankenversicherung für das Ausland mit Rücktransportversicherung abgeschlossen werden, sowie eine mögliche ärztliche Versorgung am Urlaubsort sichergestellt sein. Vor größeren Reisen empfiehlt es sich, Probeausflüge zu machen, jedenfalls sollte eine spezielle ärztliche Beratung zur geplanten Reise im Vorfeld erfolgen. Flugreisen sind prinzipiell nicht auszuschließen, es soll aber darauf geachtet werden, Direktflüge zu buchen, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen und Kompressionsstrümpfe zu tragen (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.67-68).

Das weitere Autofahren nach einem Schlaganfall sollte immer mit dem betreuenden Arzt abgeklärt werden. Prinzipiell ist es möglich, ein Auto so zu adaptieren, dass eine Nutzung beispielsweise auch durch LenkerInnen mit bleibenden Lähmungserscheinungen möglich ist. Eine genaue Beratung zum Umbau eines Fahrzeuges können Autofahrerklubs anbieten. Auch eine Sprachstörung ist kein zwingender Grund, das Autofahren aufgeben zu müssen. Es sollte jedoch unterlassen werden, wenn durch die Beeinträchtigung eine Gefahr für die eigene Gesundheit oder anderer VerkehrsteilnehmerInnen besteht. Beispiele dafür wären eine hochgradige Lähmung, Sehstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisprobleme oder Einschränkungen der Reaktions- und Urteilsfähigkeit (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.69-71).

Fehlende Aufklärung und Beratung findet sich häufig im Bereich der Sexualität und Partnerschaft. Durch körperliche Beeinträchtigungen oder Halbseitenlähmung werden sexuelle Bedürfnisse oder Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Die Gefahr eines weiteren Schlaganfalles ist nicht gegeben, so fern die Ursachen keine Gehirnblutung, Blutgerinnsel im Herzen oder Gefäßverletzungen sind (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.81-82).

Ein weiterer Beratungsinhalt, vor allem bei jüngeren SchlaganfallpatientInnen, ist die etwaige Reintegration ins Berufsleben. Aufgrund der Beeinträchtigungen ist es oft schwierig in den zuvor ausgeübten Beruf zurückzukehren. Im Rahmen der Beratung sollte dies als Rehabilitationsziel festgelegt und/oder Alternativen in Form von Umschulungen thematisiert werden. Weiterführende Beratung durch die Sozialarbeit kann zu diesem Thema empfohlen werden (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.83-84).

Veränderung sozialer Beziehungen: Die Neudefinition eines sozialen Rollenbildes, Wahrung sozialer Beziehungen, sowie neuerliche Integration in das soziale Umfeld werden von mehreren Autoren als wichtiger Inhalt der Beratung von SchlaganfallpatientInnen beschrieben (vgl. Bienstein et al. 2006, S.16-21; Thranberend 2007, S.104).

Gefahr sozialer Isolation, Depression, Angst, Scham und Frustration: Die genannten Themenfelder werden in der psychosozialen Beratung thematisiert. Gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen wird versucht, geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln (vgl. Bienstein et al. 2006, S.20-21; Schupp 2011, S.354; Zürcher 2002, S.14). Kiechl, Lalouschek und Lang (2006) beschreiben, dass solche Gefühle früher oder später im Rehabilitationsprozess auftreten. Diese zu teilen und mit Bezugspersonen darüber zu sprechen ist äußerst wichtig. Gleichzeitig soll auch versucht werden, diese auszublenden und abzuschalten, indem Beschäftigungen und Auseinandersetzung mit aktuellen Themen ihren Raum finden (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.79-80).

Psychotherapeutische Unterstützung: Das Einbeziehen psychotherapeutischer Unterstützung bei PatientInnen nach einem Schlaganfall wird von Bienstein et al. (2006) und Schupp (2011) beschrieben (vgl. Bienstein et al. 2006, S.22-23; Schupp 2011, S.359). Im Rahmen der Beratung kann dies thematisiert und Kontaktadressen weitergegeben werden.

Schlaganfallgruppen und/oder Selbsthilfegruppen: Bienstein et al. (2006) beschreiben die Vermittlung von Selbsthilfegruppen als äußerst wichtig (vgl. Bienstein et al. 2006, S.33-36). Kiechl, Lalouschek und Lang (2006) begründen die Relevanz für SchlaganfallpatientInnen durch den Austausch mit anderen Betroffenen über Bewältigungsstrategien oder hilfreiche Mittel. Außerdem besteht in diesen Gruppen für Betroffene die Möglichkeit, Frustration, Ärger und Sorgen freien Lauf zu lassen. (vgl. Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.93).

Weiterführende formelle Beratungsangebote: Beratung über die Möglichkeit und Vermittlung des Entlassungsmanagements oder Casemanagements als formelle, weiterführende Beratung. Diese weiterführende Beratungsform beinhaltet die Vorbereitung der poststationären Betreuung, Information über und Organisation von Unterstützungsmöglichkeiten durch extramurale Dienste und individuelle Hilfsmittelabklärung. Die Thematik der Wohnraumadaptierung und das Aufzeigen von Gefahrenquellen im Alltag kann im Rahmen dieser weiterführenden Beratung auch ihren Raum finden (vgl. Bienstein et al. 2006, S.33-34; Christmann et al. 2004, S.169; Bhattacharjee et al. 2012, S.113-115; Schober et al 2007, S.25-27; Kiechl, Lalouschek, Lang 2006, S.60-65).

Eigene Anmerkung

Im Rahmen der allgemeinen Beratungsthemen findet aufklärende Beratung statt, wenn es darum geht, Informationen über das Krankheitsbild, Ursachen und Prognosen zu geben. Durch die Information und Aufklärung über die Risikofaktoren ändert sich das Bewusstsein betreffend des Krankheitsbildes und der Gefahren eines Re-Insults, die meiner Meinung nach als Grundlage für eine empfehlende Beratung nötig sind. Diese wird in den Beratungsschwerpunkten betreffend Empfehlung einer psychotherapeutischen Unterstützung, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder Annahme einer weiteren formellen Beratung wirksam. Eine lösungsorientierte Beratung wird bei Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag und Freizeit angeboten. Die Veränderung sozialer Beziehungen und Gefahr sozialer Isolation mit daraus resultierenden psychischen Belastungsfaktoren benötigt psychosoziales Beraten mit lösungserarbeitenden Elementen. Insgesamt findet jedenfalls eine komplexe Beratung mit präventiven und gesundheitsfördernden Anteilen statt, welches in einem systemischen Setting erforderlich ist.

5.2.2. Modul 2 - Beratung bei Schluckstörung

Die Beratung von PatientInnen, die nach einem Schlaganfall an einer Schluckstörung (Dysphagie) leiden, nimmt einen sehr hohen Stellenwert ein. Eine sichere Nahrungsaufnahme kann nur gewährleistet werden, wenn neben dem multiprofessionellen Team, auch PatientInnen und deren Angehörige beraten, informiert und geschult sind (vgl. Nusser-Müller-Busch 1995, S.288).

„Schulung, Information und Beratung von Angehörigen im Umgang mit Schluckstörungen wird als Aufgabe der Pflege gesehen“ (Simon, Reuther, Schreier, Bartholomeyczik 2009, S.194).

Die kontinuierliche Information, Schulung und Beratung von PatientInnen und deren Angehörigen, sowie psychosoziale Begleitung stellen ein Aufgabengebiet der Pflege dar. Information und Beratung hinsichtlich Risikofaktoren, richtigem Verhalten, Ausstattung mit Hilfsmitteln und adäquater Therapie- und Pflegeangebote fallen in diesen Bereich (vgl. Thranberend 2007, S.108)

Um eine suffiziente Beratung bei Schluckstörungen durchführen zu können, muss vorerst der physiologische Schluckvorgang erklärt werden. Dieser gliedert sich in drei Phasen. Die erste Phase - die orale Phase, erfolgt willkürlich. Bei der Nahrungsaufnahme werden durch ein Zusammenspiel von Lippenschluss, Unterkiefer und Zungenbewegung die Speisen zu einem Speisebrei vermengt. Es wird vermehrt Speichel produziert und von der Zunge gegen das gespannte Gaumensegel gedrückt, wodurch ein Reflex ausgelöst und die zweite, pharyngeale Phase ausgelöst wird. Diese verläuft unwillkürlich. Der Speisebrei passiert den Rachen und aktiviert den Schluckreflex. Der Nasen-Rachengang wird verschlossen und Nahrung wird zum Kehlkopf transportiert, wo der Kehldeckel automatisch die Luftwege verschließt. Zu diesem Zeitpunkt stoppt die Atmung kurzfristig und der Ösophagussphinkter öffnet sich. Durch das Eintreten des Speisebreis in die Speiseröhre beginnt die dritte, ösophageale Phase. Der Kehldeckel öffnet sich wieder, wodurch die Atmung wieder einsetzt. Durch peristaltische Bewegungen der Speiseröhre wird die Nahrung bis in den Magen transportiert (vgl. Burger-Gartner, Heber 2011, S.11-17; Auf dem Brinke 2007, S. 908-909; Van Keeken 2002, S.2).

Die Ursachen einer Schluckstörung sind in den meisten Fällen verzögerte Schluckreflextriggerung, Dysfunktion des oberen Ösophagussphincters, verminderte

Zungenbeweglichkeit, verminderte Speichelkontrolle oder ein verminderter/gesteigerter Würgereflex (vgl. Prosiegel et. al 2002, S.365)

In der Therapie und Betreuung von Betroffenen wird die funktionelle Therapie, welche aktive oder passive Stärkungsübungen der orofacialen, pharyngealen und laryngealen Muskulatur und die Einübung richtiger Bewegungsmuster beinhalten, von der direkten Therapie, welche unter anderem kompensatorische Hilfen anbietet, unterschieden (vgl. Nusser-Müller-Busch 1995, S.288).

Die Diätmodifikation, Änderungen des Essverhaltens, Haltungsänderungen oder spezielle Schlucktechniken sind immer von der Logopädie festzulegen, die Durchführung der Maßnahmen sollte aber auch in deren Abwesenheit von der Pflege sichergestellt werden (vgl. Hartwanger, Stanschus 2009, S.263).

Zur Durchführung von Therapien und Pflegehandlungen bei der Essensverabreichung ist es auch wichtig zu wissen, dass die Aufmerksamkeit bei der Schlucktherapie eine wichtige Rolle spielt. Sie ist eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung von aktiven Pflegehandlungen, wie drehen oder anheben des Kopfes oder Schlucktechniken. Handlungen, wie Eindicken von Flüssigkeiten und Speisen oder Veränderung der Sitzposition sind auch passiv möglich (vgl. Westergreen, Ohlsson, Rahm Hallberg 2001, S.424).

Es wird nun anhand von Literaturquellen versucht, pflegerische Beratungsschwerpunkte, bezogen auf die Pflege und Betreuung von PatientInnen mit Schluckstörungen, zu erarbeiten. Begrenzt wurde die Beratung auf PatientInnen, die orale Nahrung zu sich nehmen dürfen und keine Nasogastralsonde oder PEG-Sonde haben.

5.2.2.1. Leitfaden für die Beratung bei Schluckstörungen

Gefahren aufgrund einer Schluckstörung: Besteht eine Schluckstörung, welche unterschiedliche Ursachen haben kann, ist es vor allem wichtig, PatientInnen und deren Angehörige auf die dadurch entstehenden Gefahren hinzuweisen, um Pflegehandlungen verstehen und nachvollziehen zu können. Sie müssen deshalb auf Komplikationen wie eine Aspirationspneumonie, welche 20 Prozent der Sterberate von SchlaganfallpatientInnen im ersten Jahr nach dem Geschehen ausmachen,

Appetitlosigkeit, Dehydration, Mangelernährung und Gewichtsverlust hingewiesen werden (vgl. Müller 2000, S. 355; Simon et.al 2009, S.193-194; Westergreen et al. 2001, S.417).

Risikofaktoren für das Verschlucken: Als Risikofaktoren beschreibt Thranberend (2007) eine verlangsamte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Probleme beim Essen bestimmter Nahrungsmittel, oftmaliges Verschlucken, häufige Hustenanfälle, Rückfluss von Speichel, wenn Flüssigkeiten oder Nahrung aus dem Mund fließen, bei gurgelnder Stimme oder Verbleib von Speiseresten in der Wangentasche (vgl. Thranberend 2007, S.108).

Schaffung einer angenehmen Umgebung: Um für PatientInnen mit einer Schluckstörung eine angenehme Umgebung zu schaffen, bedarf es einer vertrauten und dadurch angstfreien Umgebung. Störende Einflüsse sollten entfernt oder vermindert werden, sodass die Aufmerksamkeit auf die Nahrungsaufnahme gelenkt ist (vgl. Nusser-Müller-Busch 1995 S.289; Westergreen et al. 2001, S.420; Thranberend 2007, S.108).

Westergreen et al. (2001) konnten in ihrer Interventionsstudie feststellen, dass die Aufmerksamkeit eine bedeutende Rolle im Umgang mit Schluckstörungen bietet, wodurch die geeignete Umgebung noch mehr an Bedeutung gewinnt (vgl. Westergreen et al. 2001, S.416-426).

Scham beim Essen vor Anderen und Angst vor dem Verschlucken: Ein äußerst wichtiger Aspekt in der Beratung von PatientInnen mit Schluckstörungen ist der psychosoziale Aspekt. Das Essen vor Anderen ist oftmals mit Scham (17 Prozent) verbunden, weil sie sabbern könnten oder andere Probleme augenscheinlich werden. Die Angst des/der PatientIn vor dem Verschlucken (22 Prozent) sollte immer ernst und wahrgenommen werden. Diese Sorgen bei der Einnahme von Mahlzeiten beschrieben in einer Umfrage der European Study Group for Diagnosis and Therapy of Dysphagia (EGDG) insgesamt 63 Prozent der Befragten. 45 Prozent gaben an, dass Essen kein angenehmer Teil des Tages sei, 50 Prozent mussten Speisen und Getränke der Konsistenz anpassen, um diese zu sich nehmen zu können (vgl. Müller 2000, S.356; Moormann 2009, S. 43).

Das Aussehen und der Geruch einer Speise werden mit einem gewissen Geschmack und Gefühl im Mund verbunden. Bei einer Änderung der Konsistenz von Speisen und Getränken sind beide nicht immer angenehm. Die Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren bei der Verwendung von Eindickungsmitteln und Breikost ist daher ein wichtiger Bestandteil einer Beratung (vgl. Hughes 1999, S.71).

Gefahr von sozialer Isolation und Depression, Verlust der sozialen Rolle in Familie, Beruf und Freundeskreis: Im speziellen bei Schluckstörungen können diese negativen Auswirkungen aufgrund von Problemen beim Essen auftreten. Isolation ist oft Thema, da gesellschaftlich anerkanntes Essverhalten nicht eingehalten werden kann (vgl. Van Keeken 2002, S.2; Hughes 1999, S.71; Westergreen et al. 2001, S.417).

Auswahl geeigneter Speisen und Getränke: Es kann bei Schluckstörungen notwendig sein, Konsistenzen bei Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten verändern zu müssen (je nach Grad der Schluckstörung breiig, flüssig-breiig oder weiche Kost und Eindicken von Flüssigkeiten nach Konsistenzstufenplan). Dies verändert nicht nur das Essverhalten von PatientInnen, sondern auch das des Umfeldes. Flüssige Speisen und Nahrungsmittel sind aufgrund höherer Fließgeschwindigkeit schwerer kontrollierbar, die geeignete Konsistenz für den/die PatientIn wird von der Logopädie festgelegt (vgl. Müller 2000, S.356; Moormann 2009, S.44; Simon et. al 2009, S.194; Van Keeken 2002, S.3; Dangerfield, Sullivan 1999, S.44-45; Herbert 1996, S.28; Westergreen et al. 2001, S.421-423; Prosiegel et. al 2002, S.366; Thranberend 2007, S.108; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278).

Verschiedene Speisen können angeboten werden, um den Appetit anzuregen, wobei beachtet werden muss, einzelne Komponenten von Speisen nicht miteinander zu vermischen (vgl. Müller 2000; S.356; Van Keeken 2002, S.4).

Die thermale/taktile Stimulation mit kalt-sauren Flüssigkeiten kann den Schluckmechanismus anregen und dadurch die pharyngeale Transitzeit verkürzen (vgl. Müller 2000, S.356; Moormann 2009, S. 44; Cola et al. 2010, S.20; Westergreen et al. 2001, S.420; Prosiegel et. al 2002, S.366).

Moormann (2009) empfiehlt die Vermeidung von Milchprodukten zur Vorbeugung der Bildung eines zähen Sekretes (vgl. Moormann, S.44).

Wann darf keine Nahrung verabreicht werden: Es dürfen unter keinen Umständen bei hohem Aspirationsrisiko, getrübler Vigilanz, wenn der eigene Speichel nicht geschluckt werden kann, Fieber, schlechtem Allgemeinzustand oder fehlendem Hustenreflex Speisen und Getränke verabreicht werden (vgl. Westergreen et al. 2001, S.420; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278).

Richtige Essbegleitung: Hat der/die Betroffene Schwierigkeiten, die optimale Körperposition zu halten, so wird das Essen eingegeben, damit der/die PatientIn die Aufmerksamkeit nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig richten muss. Um eine sichere

Nahrungszufuhr zu gewährleisten, sitzt jene Person, die das Essen eingibt, schräg vor dem/der PatientIn. Bei gleichzeitigem Auftreten einer Hemiplegie ist der geeignete Sitzplatz für die Essensgabe auf der betroffenen Seite des/der PatientIn. Die Augenhöhe beider sollte auf gleicher Ebene liegen, das Essen wird von vorne gereicht. Es sollte immer mitgeteilt werden, was gereicht wird und gewartet werden, bis der/die PatientIn den Bissen aktiv aufnimmt, diesen auch schluckt (vgl. Moormann 2009, S.44; Simon et. al. 2009, S.194; Van Keeken 2002, S.4; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278).

Im Bedarfsfall kann auch bewusst „nachgeschluckt“ werden (vgl. Van Keeken 2002, S.4; Prosiegel et. al 2002, S.366; Thranberend 2007, S.108; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278).

Abschließend empfehlen Van Keeken (2002), Dammshäuser (2005) und Thranberend (2007), speziell bei PatientInnen mit Facialisparesie, die Mundhöhle auf Essensreste zu kontrollieren (vgl. Van Keeken 2002, S.3; Thranberend 2007, S.108; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278, Dammshäuser 2005, S.148).

Die Reinigung des Mundes mittels Serviette sollte mit Tupf- statt Wischbewegungen durchgeführt werden, da dies die Tonusregulation der Lippen fördert. Die Mundhygiene kann mit eisgekühlten Wattestäbchen von außen nach innen in der Mundhöhle zur Sensibilitätssteigerung unterstützt werden (vgl. Van Keeken 2002, S.4; Westergreen et al. 2001, S.420).

Verabreichung der Medikamente: Herbert (1996) empfiehlt, Medikamente gemörsert, in flüssiger Form oder in Wasser aufgelöst zu verabreichen, wenn die Gefahr des Verschluckens besteht. Um die geeigneten Medikamente in dieser Darreichungsform zu verabreichen, wird auf Listen der Apotheke verwiesen, welche dies anführen (vgl. Herbert 1996, S.28).

Veränderung der Körperposition: 70 Prozent der Schluckstörungen können durch Veränderung der Körperposition deutlich verbessert werden. Eine geeignete Körperposition wird in der Fachliteratur wie folgt beschrieben. Der/die PatientIn sollte auf einem Stuhl sitzen, die Sitzhöhe so eingestellt werden, dass die Füße auf dem Boden aufgestellt werden können. Der Oberkörper sollte leicht nach vorne geneigt und die Arme auf der Tischplatte aufgelegt werden. Der Kopf wird nach vorne gerichtet und der Nacken gestreckt gehalten (vgl. Nusser-Müller-Busch 1995 S.289; Müller 2000, S.356; Moormann

2009, S.44; Simon et al. 2009, S.194; Van Keeken 2002, S.4; Westergreen et al. 2001, S.420; Thranberend 2007, S.108, Dammshäuser 2005, S.146).

Richtige Kopfhaltung beim Schlucken: Die richtige Kopfhaltung beim Schlucken richtet sich nach der Ursache der Schluckstörung. Es wird empfohlen, den Kopf nach vorne zu neigen (Anteflexion), das Kinn zur Brust zu ziehen, wenn ein verspäteter Schluckreflex oder eine gestörte orale Boluskontrolle die Ursache ist. Bei verminderter Zungenmotorik soll der Kopf nach hinten geneigt und bei unilateraler Pharynxlähmung auf die betroffene Seite gedreht werden. Bemerkt man, dass Essensreste in der Wangentasche zurückbleiben, wird empfohlen, den Kopf auf die nicht betroffene Seite zu drehen (vgl. Westergreen et al. 2001, S.420; Prosiegel et al. 2002, S. 366; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278).

Anwendung von Schlucktechniken: Der/die PatientIn soll vor dem Bissen ausatmen, während dem Schlucken die Luft anhalten und danach bewusst Husten. Diese Technik wird supraglottisches Schlucken genannt und bei verzögertem pharyngealen Schluckakt oder reduzierter Stimmbandadduktion angewandt (vgl. Hughes 1999, S.74; Westergreen et al. 2001, S.420; Prosiegel et al. 2002, S.366).

Die Anhebung des Kehlkopfes während dem Schluckakt heißt Mendelsson Manöver, welches bei verzögerter Laryngealbewegung angewendet wird und eine leichteres Schlucken unterstützen kann (vgl. Westergreen et al. 2001, S.420; Prosiegel et al. 2002, S.366).

kompensatorische Hilfsmittel: Es geht hier um die Beratung über den Einsatz kompensatorischer Alltagshilfen, wie Spezialbesteck, Trinkhilfen, Trinkbecher mit Nasenkerbe (dieser verhindert das Zurückneigen des Kopfes). Diese müssen individuell auf den Patientenbedarf abgestimmt werden, daher ist auch hier der beratende Ansatz erkennbar (vgl. Nusser-Müller-Busch 1995, S.289; Moormann 2009, S.44; Hartwanger, Stanschus 2009, S.253-278).

Eigene Anmerkung

In der aufklärenden Beratung ist es vorerst nötig, über Gefahren und Risikofaktoren zu informieren, bevor empfehlende oder lösungsorientierte Beratung beginnen kann. Durch das Aufzeigen der Gefahren einer Schluckstörung, wird auch ein präventiver Ansatz geprägt, um Komplikationen als Folge der Schluckstörung vorzubeugen. Empfehlende Beratung erfolgt, wenn es um die Schaffung einer angenehmen Umgebung, den Einsatz

kompensatorischer Hilfsmittel oder psychosoziale Themen wie Scham beim Essen oder soziale Isolation geht. Bei den restlichen Schwerpunkten geht es vorwiegend um kompetenzfördernde Beratung, da diese Maßnahmen dringend notwendig sind. Lösungsorientierte Beratung findet statt, weil es darum geht, für das Problem der Schluckstörung an sich für PatientInnen und deren Angehörige eine Lösung zu generieren.

5.2.3. Modul 3 - Beratung bei Aphasie

Aphasie bedeutet eine Einschränkung der kommunikativen Selbständigkeit, kann demnach als psychosoziale Beeinträchtigung klassifiziert werden. Beratung und psychologische Unterstützung sind daher essentielle Maßnahmen in der Betreuung von AphasikerInnen (vgl. Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243).

Das Krankheitserleben von PatientInnen mit Aphasie wird von Helmbold et. al (1998) in sechs Stufen beschrieben: Unwohlsein, Schlag auf Fall, Dumpfheit, bewusstes Erkennen, schrittweise Renormalisierung, in den Alltag zurück (vgl. Helmbold et al. 1998, S.269-272).

In der Pflege von PatientInnen mit Aphasie gibt es keine festgelegten Regeln, es gibt aber Grundsätze, welche die Kommunikation und den Umgang mit ihnen erleichtern. Die Pflege kann beratend tätig sein, indem Gesprächs- und Kommunikationsstrategien an Angehörige weitergeben werden (vgl. Thranberend 2007, S.107).

Für die positive Krankheitsbewältigung bilden die Interaktion und Kommunikation mit AphasiepatientInnen einen wichtigen Grundstein, um Rückzug und Depression zu vermeiden. Das Verhalten von professionellen HelferInnen und Angehörigen kann dabei unterstützend oder schädigend sein (vgl. Tacke 1999a, S.96-97).

Es ist daher äußerst wichtig, MitpatientInnen und Angehörige aufzuklären, Handlungsanweisungen zu geben und diese in die Betreuung einzubeziehen (vgl. Hisker et al. 1994, S.151).

Blom, Carlson und Sonnander (2012) kamen zu dem Ergebnis, dass das Training von KommunikationspartnerInnen des/der Betroffenen Inhalt und Teil der Rehabilitation von AphasiepatientInnen sein sollte. Das inkludiert die Aneignung von Kommunikationsstrategien und -verhalten, sowie das Einüben relevanter Situationen im Alltag. Wichtiger Bestandteil ist auch das Wissen über spezielle Bedürfnisse und

Ressourcen des/der Betroffenen. Um mit den Folgen einer Aphasie umgehen zu können, ist daher Beratung und psychologische Unterstützung notwendig (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155).

Hisker et. al (1994) gehen von einer ganzheitlichen Betreuung und Therapie der PatientInnen aus. Die Pflege übernimmt neben sprachtherapeutischen Interventionen durch Logopädie und Ärzten aufgrund der intensiven zeitlichen Betreuung einen großen Anteil des Betreuungskonzeptes (vgl. Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243; Hisker et al. 1994, S.150; Tacke 1999b, S.216). Die Betreuung erfolgt demnach im multidisziplinären Team, die Pflege erscheint als Beratungsfunktion geeignet. (vgl. Tacke 1999b, S.163-164).

Ireland und Wotton (1997) kamen im Rahmen ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Beratungssituation von PatientInnen als ungezwungene Gesprächssituation wahrgenommen wird. Dadurch ist ungehemmtes Sprechen möglich (vgl. Ireland, Wotton 1996, S.585-591).

In der folgenden Abhandlung werden Beratungsschwerpunkte für die Betreuung und den Umgang mit AphasikerInnen genau erläutert und mit Literaturquellen, die diese beschreiben, belegt. Alle diese Handlungen und Verhaltensweisen konnten für die Kommunikation mit AphasikerInnen als förderlich beschrieben werden. Zur „Wiederaufrichtung des Ich“ konnte die Wichtigkeit von Interaktion mit dem Mitmenschen belegt werden, allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Beteiligung des/der PatientIn aufgrund der beeinträchtigten Kommunikation eingeschränkt ist (vgl. Tacke 1999b, S.217).

Je nach Form der Aphasie ist deshalb individuell abzuwägen, ob eine Beratung des/der PatientIn zielführend ist oder die Beratungskonstellation Pflegeperson-Angehörige sinnvoller erscheint. Die Lernfähigkeit von PatientInnen mit schweren Aphasieformen, gesundheits- und rehabilitationsbezogene Informationen aufzunehmen wurde noch nicht untersucht, in der Studie von Rettke und Lyrer (2002) wurden diese ausgeschlossen. Wann von einer schweren Aphasie im Rahmen dieser Studie gesprochen wird, ist jedoch nicht genauer erläutert (vgl. Rettke, Lyrer 2002, S. 54).

5.2.3.1. Leitfaden für die Beratung bei Aphasie

Identifikation von Bewältigungsstrategien: Mit dem/der PatientIn und dessen/deren Angehörigen sind bisherige Bewältigungsstrategien herauszufinden und gemeinsame Ziele zu formulieren. Angehörige sind in die Zielplanung einzubeziehen (vgl. Tacke 1999a, S.98; Helmbold et al. 1998, S.274).

Rückzug und Depression: AphasikerInnen sind nicht mehr in der Lage, ihre Gefühle, Gedanken, und ihr Wissen zu äußern beziehungsweise ihre Persönlichkeit zum Ausdruck zu bringen. Das Selbstwertgefühl leidet darunter und es kann zu Depressionen und Minderwertigkeitsgefühlen führen. Oft wird die Aphasie beeinträchtigender erlebt als körperliche Einschränkungen (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Tacke 1999a, S.95).

Ireland und Wotton (1997) kamen zu dem Ergebnis, dass Beratung und psychotherapeutische Betreuung in diesem Kontext empfohlen werden können (vgl. Ireland, Wotton 1996, S.585-591).

Umgang mit Veränderungen des sozialen Lebens: Aphasie ist eine soziale Behinderung, die Einfluss auf das soziale Leben, das Berufsleben, den Status und die sozialen Kontakte hat. Im Vordergrund steht nicht der Spracherwerb als solcher, sondern die Fähigkeit zu kommunizieren und den Weg aus der sozialen Isolation zu finden. Daher sollte die Förderung der Lebensqualität im Umgang mit AphasikerInnen und der Beratung im Vordergrund stehen. Betroffene verspüren im Krankheitsverlauf unterschiedliche Gefühle, wie Angst (vor neuen Situationen, unbekannten Personen, ausgelacht zu werden,...) Wut, Verzweiflung, Sorge, Resignation, Trauer, Scham, Einsamkeit und Frustration, aber auch Freude, Kraft und Hoffnung. Sie fühlen sich häufig vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen und im Ausdruck ihres Standpunktes gehindert (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Tacke 1999b, S.162; Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243).

Der Einbezug von Angehörigen hat zur Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen einen sehr hohen Stellenwert (vgl. Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243, Tacke 1999b, S.161).

Die Interaktion mit dem sozialen Umfeld muss neu strukturiert werden – das heißt, auch Sozialkontakte müssen auf die neue Situation eingestellt werden, indem Wissen über Aphasie vermittelt wird (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243, Tacke 1999a, S.98; Tacke 1999b, S.209).

Sprachtherapie von LogopädInnen wird für PatientInnen erforderlich, Angehörige sollten motiviert werden, PatientInnen zu Therapien zu begleiten (vgl. Stöger 2001, S.226; Hisker et al. 1994, S.152).

Interaktionsgerichtete Sprachtherapie, AphasikerInnengruppen - auch gemeinsam mit Angehörigen - oder Selbsthilfegruppen können in diesem Kontext empfohlen werden (vgl. Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S. 238-243).

Wichtigkeit von Gesprächen: Für Betroffene ist es wichtig, sich mitteilen zu können und regelmäßige Entlastungsgespräche zu führen (vgl. Hofegger, Zifko 2002, S.33.; Tacke 1999a, S.99).

Manchmal ist es für AphasikerInnen wichtig, ohne Hilfestellung und Kommunikationsstrategien selbst ein Gespräch zu versuchen. Allerdings sollten die Gespräche nicht zu lange dauern. Angehörige verlieren aufgrund des Gesprächstempos oft das Interesse an der Kommunikation, verstehen AphasikerInnen nicht. Er/Sie fühlt sich jedoch wohler, wenn das Gefühl vermittelt wird, dass Interesse am Gespräch mit ihm/ihr besteht (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155).

Schaffung einer geeigneten Gesprächssituation: Für eine Gesprächssituation ist eine entspannte und ruhige Umgebung zu schaffen, Hintergrund- und Nebengeräusche sind zu reduzieren, nur wenige und vertraute Gesprächsteilnehmer sind einzubeziehen (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Thranberend 2007, S.106; Tacke 1999a, S.99; Helmbold et al. 1998, S.274 ; Tacke 1999b, S.178 ; Stöger 2001, S.226 ; Hisker et al. 1994, S.152).

Wichtig ist auch, die Komplexität der Kommunikationssituation zu reduzieren, Small-talk ist für den/die PatientIn einfacher, als komplexe Gesprächsinhalte und Diskussionen (vgl. Helmbold et al. 1998, S.274; Blom et al. 2012, S.144-155).

Gespräche mit dem/der PartnerIn werden einfacher als mit nahezu fremden Personen empfunden, auch Kinder oder ältere Personen hemmen Gesprächsbarrieren (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155).

Blom et al. (2012) beschrieben in ihren Studienergebnissen, dass Gefühle wie Müdigkeit, Stress oder Schmerz für die Gesprächssituation hinderlich sind. Auch das Wetter beeinflusst die Stimmung und dadurch die Gesprächskompetenz (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155).

Wertschätzende Kommunikation: Die wertschätzende Kommunikation steht im Vordergrund. Der/die AphasikerIn soll stets als gleichwertige/r GesprächspartnerIn gesehen werden, dem/der eine positive und offene Haltung entgegen gebracht wird (vgl. Thranberend 2007, S.106; Helmbold et al. 1998, S.274; Tacke 1999b, S.178-179; Stöger 2001, S.224).

Verständnis, Empathie, Aufmerksamkeit und Geduld sind die wichtigsten Eigenschaften in der Kommunikation mit AphasikerInnen (vgl. Hofegger, Zifko 2002, S.33; Helmbold et al. 1998, S.274; Ireland, Wotton 1996, S.585-591).

Es soll auch nicht über den/die Betroffene/n geredet werden, sondern mit ihm/ihr, wodurch das Gefühl vermittelt wird, ernst genommen zu werden (vgl. Thranberend 2007, S.106; Tacke 1999b, S.179; Hisker et al. 1994, S.150).

Kommunikationsregeln: Um die Kommunikation des/der Betroffenen zu fördern, ist es von großer Bedeutung, die Sprechrolle nicht abzuerkennen, sondern Betroffene selbst antworten zu lassen (vgl. Thranberend 2007, S.106).

Der/die PatientIn benötigt ausreichend Zeit, um zu antworten - Pausen sind zuzulassen, um keinen Zeitdruck aufzubauen (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Thranberend 2007, S.106; Tacke 1999a, S.98; Helmbold et al. 1998, S.274; Tacke 1999b, S.177-179; Stöger 2001, S.225-226; Hisker et al. 1994, S.153; Ireland, Wotton 1996, S.585-591).

In der Gesprächsführung ist es wichtig, keine Wortvorschläge, Fragen mit vorgefertigten Antworten oder Mehrfachfragen zu stellen (vgl. Thranberend 2007, S. 106; Helmbold et al. 1998, S.274; Hisker et al. 1994, S.153).

Im Gesprächsverlauf sollten nie mehrere Personen gleichzeitig sprechen oder fragen, um keinen Handlungsdruck auf den/die PatientIn auszuüben (vgl. Helmbold et al. 1998, S.274; Stöger 2001, S.226).

Im Gespräch sollte außerdem versucht werden, auf den Inhalt zu achten und sich nicht auf Fehler zu konzentrieren oder zu korrigieren. Hilfen sind nicht sofort anzubieten, da sich der Sinn der Aussage des/der AphasikerIn oft erst später im Satz ergibt (vgl. Thranberend 2007, S.106; Stöger 2001, S. 225-226; Hisker et al. 1994, S.151).

Bei Fehlversuchen sollte der/die PatientIn motiviert werden, es erneut zu versuchen und nicht aufzugeben (vgl. Thranberend 2007, S.106; Tacke 1999a, S.98-99; Helmbold et al. 1998, S.274; Hisker et al. 1994, S.151; Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243). Fortschritte sind positiv anzumerken (vgl. Hofegger, Zifko 2002, S.33; Helmbold et al. 1998, S.274).

Für ein besseres Verständnis ist es hilfreich, ruhig und langsam zu sprechen, Umgangssprache ist möglichst zu vermeiden (vgl. Blom, Carlson, Sonnander 2012, S.144-155; Thranberend 2007, S.106; Stöger 2001, S.226).

Wird ein Wort nicht verstanden, kann im Wortlaut variiert oder ein anderes Wort verwendet werden. Kurze, einfache Sätze, die Betonung von wichtigen Wörtern und das Vermeiden abrupten Themenwechsel dienen einem positiven Gesprächsverlauf (vgl. Thranberend 2007, S.106; Hofegger, Zifko 2002, S.33; Hiske et al. 1994, S.153).

Manchmal ist es für AphasikerInnen einfacher auf Ja-Nein“-Fragen zu antworten (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Thranberend 2007, S.106; Hofegger, Zifko 2002, S.33; Stöger 2001, S.226; Hisker et al. 1994, S.151).

Stöger (2001) warnt davor, „Kleinkindsprache“ einzusetzen (vgl. Stöger 2001, S.226), Thranberend (2007) empfiehlt auch, Nachsprechübungen zu unterlassen (vgl. Thranberend 2007, S.106).

Kommunikationsstrategien: Mit dem/der Betroffenen ist zu erarbeiten, welche Maßnahmen das Verständnis verbessern, verbale und nonverbale Ressourcen sind herausfinden (vgl. Thranberend 2007, S.107; Tacke 1999a, S.98; Helmbold et al. 1998, S.274; Tacke 1999b, S.173; Stöger 2001, S.227).

Was für den einen Hilfe bedeuten kann, muss nicht für jeden hilfreich sein, daher ist es von großer Bedeutung, individuelle Kommunikationsstrategien herauszufinden und anzuwenden (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155).

Oft ist es nützlich, Kommunikationshilfen einzusetzen, wie Bilder aus dem Alltag oder Tafeln (vgl. Hofegger, Zifko 2002, S.33; Tacke 1999a, S.98; Helmbold et al. 1998, S.274; Hisker et al. 1994, S.153; Blom et al. 2012, S.144-155; Ireland, Wotton 1996, S.585-591). Alternative Kommunikationsformen wie Lesen und Schreiben können als Ressource genutzt werden, so fern diese nicht ebenfalls gestört sind (vgl. Blom et al. 2012, S.144-155; Thranberend 2007, S.106; Stöger 2001, S.226).

Die nonverbale Kommunikation, wie Zeigen auf Körperstellen oder Gegenstände, sowie das Vereinbaren von Zeichen kann die Verständigung fördern. Dabei ist es von Bedeutung, immer den Blickkontakt zu halten (vgl. Thranberend 2007, S.106; Hofegger, Zifko 2002, S.33; Tacke 1999a, S. 98-99; Stöger 2001, S.226; Hisker et al. 1994, S.153; Bucher, Zumsteg, Rentsch 1997, S.238-243; Ireland, Wotton 1996, S.585-591).

Das Singen von Liedern ist trotz Sprachstörung oft leichter, weil Melodien und Liedtexte in der rechten Hemisphäre gespeichert sind. Hurkmans et. al (2012) beschreiben in ihrem

Review, dass zwar positive Outcomes beschrieben werden konnten, aber aufgrund mangelnder methodischer Qualität die Effektivität nicht sicher nachgewiesen werden konnte. Im Rahmen der Beratung können für den/die PatientIn bekannte und beliebte Musikstücke erarbeitet werden (vgl. Stöger 2001, S.227; Hurkmans et al 2012, S.1).

Bei Spielen, wie Memory, Scrabble oder Stadt-Land-Fluss wird ebenfalls weniger Druck beim Sprechen empfunden. Neue Medien, wie Computer, können für Übungen positiv genutzt werden, da die Scham vor Computer zu sprechen oft geringer ist (vgl. Stöger 2001, S.227).

Informationsmedien, wie Fernseher, Radio oder Zeitungen können als Gesprächsanstoß dienen, wenn sie gezielt genutzt werden. Die Dauer und Häufigkeit sollen aber reguliert werden (vgl. Hisker et al. 1994, S.152).

Eigene Anmerkung

Bei der Beratung von PatientInnen mit Aphasie steht der systemische Ansatz und die psychosoziale Beratung im Vordergrund, weil das soziale Umfeld des/der PatientIn eine besonders wichtige Rolle spielt. Auch die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers bildet einen der wichtigsten Inhalte der Beratung. Hier findet hauptsächlich empfehlende und lösungserarbeitende Beratung statt, weil es um den Umgang mit dem Pflegeproblem und alternative Strategien der Kommunikation geht.

5.2.4. Modul 4 - Beratung bei Hemiplegie

Die Pflege nach einem Schlaganfall sollte auf Grundlage einheitlicher Konzepte, wie dem Bobath-Konzept oder Kinästhetik basieren und rund um die Uhr als Teil der Therapie angewandt werden. Nur durch Förderung der Selbstständigkeit und Kompetenz zur Selbstständigkeit können PatientInnen lernen, mit den Beeinträchtigungen zu leben und durch Unterstützung der Pflege, ExpertInnen der eigenen Krankheit werden. Die Kompetenz kann durch Anwendung von Pflegekonzepten, wie Bobath oder Kinästhetik, Anleiten von Tätigkeiten oder psychosoziale Beratung gesteigert werden. (vgl. Geyer, Rose, Zwicker-Pelzer 2011, S.150-151).

Es konnten im Rahmen der Recherche in den Datenbanken keine speziellen Beratungsschwerpunkte und Inhalte für PatientInnen mit Hemiplegie identifiziert werden. Daher wird versucht anhand von in der Praxis angewandten Pflegekonzepten

Beratungsinhalte abzuleiten. Dazu ist es notwendig die Effektivität dieser zu belegen, beziehungsweise eine Begründung für die Einbeziehung konkret der Konzepte nach Bobath und Kinästhetik zu finden.

Passarella und Lewis (1987) beschreiben anhand der von Lewis (1986) durchgeführten Kontrollstudie die Effektivität des Bobath-Konzeptes im Rahmen der Pflege, verglichen mit traditionellen Vorgehensweisen in der Pflege in der Kontrollgruppe. Die Resultate unterstützen die Annahme, dass das Eingliedern des Bobath-Konzeptes in pflegerisches Handeln eine Verbesserung der Funktionalität, gemessen am modifizierten Barthel-Index, in positiver Weise beeinflusst (vgl. Passarella, Lewis 1987, S.106-109).

Eine Fallstudie von Hantikainen et al. (2006) zeigte, dass konsequente, regelmäßige und auf die Situation des/der PatientIn ausgerichtete kinästhetische Prinzipien die Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit und funktionelle Selbständigkeit fördern können. Diese Ergebnisse konnten qualitativ nach kinästhetischen Prinzipien belegt werden, zeigten sich jedoch nicht im Barthel-Index. Die Allgemeingültigkeit ist aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine Fallstudie von zwei PatientInnen handelt, begrenzt (vgl. Hantikainen et al. 2006, S.11-20).

In einem systematischen Literaturreview von Kollen et al. (2009) wurde aufgrund der Tatsache, dass das Bobath-Konzept oder NDT-Konzept in der westlichen Welt das populärste Konzept in der Rehabilitation von SchlaganfallpatientInnen mit Hemiplegie ist, untersucht. Die Fragestellung war, ob dieses Konzept anderen tatsächlich überlegen ist. Es konnte kein evidenzbasierter Hinweis identifiziert werden, dass das Bobath Konzept anderen Herangehensweisen tatsächlich vorzuziehen ist. Es konnte kein Beleg gefunden werden, dass das Bobath-Konzept effizienter im Vergleich zu anderen Konzepten ist, was die sensomotorische Kontrolle der oberen und unteren Gliedmaßen, Geschicklichkeit, Mobilität, Aktivitäten des täglichen Lebens, Lebensqualität im Zusammenhang mit Gesundheit und Kosteneffektivität anbelangt. Begrenzt sprechen Beweise für die Anwendung des Bobath-Konzeptes zum Wiedererlangen des Gleichgewichtes. Ebenso wenig gibt es Belege dafür, dass irgendein Konzept anderen vorzuziehen ist. Es kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die einbezogenen Studien methodische Schwächen aufweisen und daher weitere Studien auf höherem qualitativem Niveau erforderlich sind. Evidenzbasierte Richtlinien sollen Präferenzen von Therapeuten vorgezogen werden (vgl. Kollen et al. 2009, S. e89-e97)

Für die Bearbeitung des Leitfadens zu Beratung von PatientInnen mit Hemiplegie wird aufgrund der häufigen Anwendung an den neurologischen Abteilungen in Wien das Bobath-Konzept als Grundlage herangezogen, auch wenn kein Beleg gefunden wurde, dass dieses Konzept anderen überlegen oder die Anwendung speziell zur Rehabilitation von Betroffenen mit Hemiplegie effizienter ist. Einflüsse der Kinästhetik werden auch berücksichtigt. Die Beratung bezieht sich vorwiegend auf alltagsrelevante Inhalte, die für Betroffene und deren Angehörige wichtig sind, genaue Anleitungen der Bewegung obliegen dem Tätigkeitsbereich von Therapeuten. Dazu werden zuerst die beiden Konzepte beschrieben.

Das Bobath-Konzept wurde von Berta und Karl Bobath als Behandlungsgrundlage für PatientInnen mit zerebralen Bewegungsstörungen entwickelt und fand seit 1978 auch in der Pflege seine Anwendung. Bei diesem Konzept handelt es sich um ein ganzheitliches Pflege- und Betreuungskonzept von PatientInnen mit Bewegungsstörungen, welches 24-Stunden am Tag angewendet und in den Alltag integriert werden soll. Ziel ist, verlorene Bewegungsfähigkeit wieder zu erlangen, größtmögliche Selbstständigkeit durch Wiedererlernen von normalen Bewegungsabläufen im Alltag zu erfahren. Dies soll erreicht werden, indem PatientInnen aktiviert und die Haltungskontrolle, sowie Wahrnehmung gefördert wird. Eine zu hohe Muskelanspannung soll vermieden und die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt gesteigert werden, indem Schlüsselpunkte und unterstützende Flächen beachtet und einbezogen werden. Die angestrebte normale Bewegung ist immer zielgerichtet, ökonomisch, der Situation angepasst, koordiniert und individuell. Voraussetzungen dafür, wie Motivation, ein intakter Bewegungsapparat, intakte Sensorik (Spüren und Verarbeiten der Reize des eigenen Körpers und der Umwelt), Gleichgewicht, Handlungsplanung (Wissen, wie eine Handlung abläuft, Reihenfolgen komplexerer Handlungen), Situationsverständnis (in der Situation die richtige Handlung wählen), Erfahrung und Kognition, sollen geschaffen und trainiert werden. Das Prinzip der Plastizität des Gehirns geht auch von der Fähigkeit des lebenslangen Lernens aus, wenn das Gehirn trainiert wird (vgl. Dammschäuser 2012, S.30-42; Jacobs, Kohl 2012, S.16-19).

Die Kinästhetik ist ein ganzheitlicher und individueller Ansatz, der sich auf Bewegung und sämtliche menschliche Aktivitäten bezieht. Bei diesem Handlungskonzept geht es darum, durch Berührung und Bewegung die Selbstkontrolle zu stärken. Das soll durch

Lernprozesse und Interaktion zwischen PatientInnen und Betreuenden geschehen (vgl. Hantikainen et al. 2006, S.12).

„Bewegung führt zu einer besseren Orientierung in Bezug auf unseren Körper. Bewegung ist ein bedeutendes einigendes Element unter den verschiedenen Teilen des Körpers. Durch Bewegung treten wir in eine festumrissene Beziehung zur Außenwelt und zu Objekten“ (Juhan 1997 zit. n. Hantikainen et al. 2006, S.13).

Die Fähigkeit der Selbstkontrolle wird gesteigert, indem mehrere kleine Handlungsschritte gesetzt werden, die untereinander in Bezug stehen. Beim Konzept der Kinästhetik werden durch bewusste Schulung und Verbesserung von Wahrnehmung und Empfindung, eigene Bewegungsmuster bewusster gemacht. Gesundheitsfördernde und aktivierende Betreuung unterstützen dabei, die individuellen Bewegungsmöglichkeiten und -gewohnheiten besser in die Pflegesituation einzubeziehen und zu nutzen. Die Kinästhetik in der Pflege arbeitet mit sechs Konzepten: (1) der Interaktion, (2) der funktionalen Anatomie, (3) der menschlichen Bewegung, (4) der Anstrengung, (5) der menschlichen Funktion und (6) der Umgebung. Werden kinästhetische Handlungsabläufe kontinuierlich und konsequent durchgeführt, können die Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit und Unabhängigkeit auch im hohen Alter bei SchlaganfallpatientInnen verbessert werden. Dadurch wird die Situation der Betreuung im Alltag für PatientInnen und Betreuende erleichtert (vgl. Hantikainen et al. 2006, S. 11-21).

Beide Konzepte können auch miteinander kombiniert werden, schließen sich nicht aus. Es kann auch bemerkt werden, dass bereits beschriebene Beratungstheorien, sowohl humanistische, verhaltenswissenschaftliche und auch sozialwissenschaftliche Ansätze hier bereits erkennbar werden. Auch pflegerische Beratungskonzepte, wie Ressourcenorientierung, Gesundheitsförderung und Lösungsorientierung können in den Pflegekonzepten der Kinästhetik und dem Bobath-Konzept angewendet werden. Der Bezug dieser Konzepte zur Beratung von Schlaganfallpatienten mit Hemiplegie kann dadurch verdeutlicht werden.

5.2.4.1. Leitfaden für die Beratung bei Hemiplegie

Bewegung und Mobilisation: Eine Studie von Rowat (2001) kam in einer Expertenbefragung von Pflegepersonen und Therapeuten zu dem Ergebnis, dass die beste Positionierung für HemiplegikerInnen bei Bewusstsein das Sitzen in einem Sessel, für

bewusstlose PatientInnen das Liegen auf der nichtbetroffenen Seite ist. Als Ziel wurden die Verbesserung der Funktionsfähigkeit plegischer Extremitäten und die Prävention von Komplikationen genannt. Die Studie kam zu dem Schluss, dass zu wenig evidenzbasierte Forschung zum Thema der Positionierung von SchlaganfallpatientInnen vorhanden ist (vgl. Rowat 2001, S.795-803).

Hilfestellung bei der Körperpflege: In die Körperpflege können Bewegungen sehr leicht integriert werden, für PatientInnen ist dies im Rahmen einer gewohnten Tätigkeit oft einfacher umzusetzen und nachzuahmen. Es ist bei der Pflege anzustreben, die Selbständigkeit von Betroffenen bestmöglich zu fördern, auch wenn diese dadurch häufig an den eigenen Grenzen arbeiten. Ein therapeutischer Effekt ist erkennbar, wenn keine Über- oder Unterforderung stattfindet - das Ziel ist, die vorhandenen Fähigkeiten zu erweitern. Die Körperpflege kann bei guter Rumpfstabilität sitzend am Waschbecken durchgeführt werden. Dabei ist auf die richtige Sitzhöhe zu achten, die Füße müssen fest auf dem Boden stehen. Eine gerade Körperachse kann durch Einlegen einer Handtuchrolle unter das Becken der betroffenen Seite verbessert werden. Mit Unterstützung am Schultergelenk und Hilfestellung beim Öffnen der Hand, kann der/die PatientIn den betroffenen Arm selbst waschen. Kann der/die PatientIn stabil stehen, sollte dies im Rahmen der Körperpflege unterstützt werden, da dadurch ein positiver Einfluss auf die Hüftstreckung bemerkbar ist, Tätigkeiten wie Rasieren können beispielsweise im Stehen durchgeführt werden. Die Unterstützung sollte dahingehend erfolgen, dass das Gewicht auf beiden Beinen gleichmäßig verteilt ist. Bei wenig Rumpfstabilität ist die Pflege im Bett in sitzender Position, jener am Waschbecken vorzuziehen, da der/die PatientIn durch die Unterstützungsfläche des Bettes mehr Eigenständigkeit zeigen kann. Fehlt auch die Stabilität der Kopfhaltung, so ist die Waschung im Liegen durchzuführen (vgl. Dammschäuser 2005, S.128-140).

Unterstützung beim An- und Auskleiden: Ähnlich wie bei der Körperpflege spielt die Rumpfstabilität eine große Rolle. Ist diese nicht vorhanden, so muss der Unterkörper im Bett be- oder entkleidet werden. Beim Oberkörper liegt der Schwerpunkt im Schutz des Schultergelenkes. Dies sollte in sitzender Position geschehen, um durch den Bodenkontakt der Füße den Oberkörper leichter bewegen zu können. Ziel ist das eigenständige An- und Ausziehen trotz Lähmung oder Schwäche einer Extremität. Beim Ankleiden ist es wichtig, zuerst den Ärmel des betroffenen Armes anzukleiden, dieser kann von einer weiteren

Person durch Stütze in der Achselhöhle und am Handgelenk begleitet werden. Beim Auskleiden erfolgt es umgekehrt (vgl. Dammschäuser 2005, S.141-144).

Hilfestellung beim Essen und Trinken: Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Maßnahmen im Modul Schluckstörung können bei einer Hemiplegie noch einige Schwerpunkte aus dem Bobath-Konzept angewendet werden. Die geeignete Sitzposition kann durch Lagerung des betroffenen Armes verbessert werden. Dazu wird dieser mit dem Unterarm auf der Tischplatte positioniert und mit einem Kissen unter dem Ellenbogen auf Tischhöhe vor dem Abrutschen geschützt. Hilfsmittel, wie Einhänderbretter zum Streichen eines Brotes oder rutschfeste Unterlagen können die Selbständigkeit beim Essen unterstützen (vgl. Dammschäuser 2005, S.146-147).

Umgang mit dem betroffenen Arm zur Vorbeugung einer subluxierten Schulter: Im Rahmen der Beratung kann die Gefahr einer subluxierten Schulter, wie in Kapitel 3.6.3. beschrieben, erläutert und der richtige Umgang mit der betroffenen Extremität thematisiert werden. Der Arm sollte bei jeder Tätigkeit oberhalb des Ellenbogens angefasst und gestützt werden, um dadurch das Gewicht des herabhängenden Armes zu reduzieren. Der Arm sollte niemals im Rahmen einer Pflegehandlung über 90 Grad angehoben werden. Die Sensibilisierung auf ein gutes Handling und Positionierung des Armes sind für PatientInnen und deren Angehörige äußerst wichtig. Die Aufrichtung des Rumpfes in Kombination mit der Anhebung des Armes bietet einen Haltungshintergrund und fördert einen physiologischen Bewegungsablauf. PatientInnen und deren Angehörige sollten auch auf die Schmerzwahrnehmung sensibilisiert werden, jeder Schmerz muss ernst genommen werden (vgl. Dammschäuser 2005, S.63-65).

Pusher Syndrom: Beim Transfer des/der PatientIn sollte dies über die weniger betroffene Seite passieren, um das Gewicht am weniger betroffenen Bein zu übernehmen. Durch Greifen an den Rollstuhl wird eine Oberkörpervorlage erreicht und dadurch das Gewicht auf das betroffene Bein gelenkt (Dammschäuser 2005, S.111).

Die geschwollene Hand: Die Ursache dafür kann sowohl das Abknicken von ablaufenden Gefäßen durch eine Fehlstellung der Hand, als auch Verletzungen sein. PatientInnen und Angehörige können im Rahmen der Beratung auf Symptome, wie Schwellung, Rötung und livide Verfärbung hingewiesen werden. Prophylaktisch ist die Sensibilisierung auf eine

Handlagerung in Funktionsstellung äußerst wichtig. Die Korrektur kann mit einem Handtuch unterstützt werden (vgl. Dammshäuser 2005, S.65-66).

Eigene Anmerkung

Die Beratung bei Hemiplegie ist vorwiegend empfehlend, wenn es darum geht Fertigkeiten aus Pflegekonzepten bei den Aktivitäten des Lebens umzusetzen. Wird die Umsetzung genauer erläutert oder geht es um den Umgang mit dem betroffenen Arm zur Vorbeugung einer subluxierten Schulter, das Pusher Syndrom oder die geschwollene Hand, so findet kompetenzfördernde Beratung ihre Anwendung.

5.2.5. Modul 5 - Beratung bei Neglect

Ein Neglect beeinträchtigt sowohl visuelle, auditive, als auch die taktile Wahrnehmung eines/einer PatientIn. Die gesamte betroffene Seite, also jene Seite kontralateral der Läsion, wird nicht wahrgenommen - das kann zu Frustration führen. Anzeichen eines Neglects können am Besten im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens erkannt werden.

Die Pflege betreut den/die PatientIn rund um die Uhr, weshalb die Interaktion mit diesem/dieser und deren Angehörigen sehr umfangreich ist. Die Pflege ist ein wichtiger Teil des Assessments und der Rehabilitation. Die Interventionen beziehen sich auf das Verhalten des/der PatientIn und den Einbezug der Angehörigen, welche auch wichtiger Teil in der Rehabilitation sind. Die Aufgabe der Pflege ist, Angehörige über Mechanismen, Umgang, Techniken und Interventionen zu informieren und beraten (vgl. Kalbach, 1991, S.125-129).

Kalbach (1991) bezieht sich in ihrem Fachartikel auf eine Studie von Gordon et al. (1985), welche ein Trainingsprogramm für NeglectpatientInnen in einer Experimental- und Kontrollgruppe untersucht haben. Inkludierte Interventionen der Pflege waren Hinweise geben, den Kopf bewusst auf die betroffene Seite drehen, einen Ankerpunkt auf der betroffenen Seite setzen, vermehrte Stimulation und Feedback auf durchgeführte Handlungen geben. Es konnten zwar schnellere Fortschritte erzielt werden, nach vier Monaten fanden sich jedoch Experimental- und Kontrollgruppe auf dem gleichen Rehabilitationsstand - der Effekt auf die Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens konnte nicht aufgezeigt werden (vgl. Kalbach 1991, S.127).

Kinsella (1985) konnte in einer follow-up Studie aufzeigen, dass PatientInnen mit Neglect signifikant mehr Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen als jene ohne Auftreten eines Neglectes. Das betraf vordergründig die Körperpflege, das Ankleiden, das Zubereiten von Mahlzeiten und die Mobilität außer Haus (vgl. Kalbach 1991, S.127).

Kalbach (1991) beschrieb im Rahmen des Artikels Guidelines für Pflegeinterventionen bei PatientInnen mit Neglect, welche auch Grundlage für die Beratung sein sollen und im Leitfaden integriert werden. Sie kam zu folgendem Schluss: „Studies have shown the use of disengagement from the lesion side and cueing to the neglected side can improve performance and ability to function in activities of daily living“ (vgl. Kalbach 1991, S.129).

5.2.5.1. Leitfaden für die Beratung bei Neglect

Wahrnehmung und Aufmerksamkeit für die betroffene Körperseite fördern: Im Rahmen der Beratung ist anzumerken, dass die Maßnahmen darauf abzielen, das Bewusstsein für die betroffene Körperhälfte wieder herzustellen, um die Funktionen zu steigern. Die Aufmerksamkeit und der Fokus sollen bei jeder Handlung auf die betroffene Seite des Körpers gelenkt werden. Das kann erreicht werden, indem beispielsweise bei Pflegehandlungen (Aktivitäten des täglichen Lebens) von der betroffenen Seite Hilfestellung geleistet wird oder Angehörige auf der betroffenen Seite stehen. Förderlich können auch wiederholende Hinweise auf die Wahrnehmung der negierten Seite des/der PatientIn oder taktile und verbale Stimulation der betroffenen Seite sein. Eine andere Möglichkeit ist auch, Ankerpunkte auf der nicht wahr genommene Körperhälfte zu setzen, zum Beispiel durch ein leuchtend rotes Klebeband. Der/die PatientIn soll zur Steigerung von Wahrnehmung und Aufmerksamkeit bewusst auf das negierte Feld blicken (vgl. Kalbach 1991, S.128).

Bei den Aktivitäten des täglichen Lebens soll bei einem motorischen Neglect darauf geachtet werden, die betroffene Seite aktiv einzubeziehen und Handlungen bimanuell, also mit beiden Seiten durchzuführen (vgl. Wulf 2007 In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.160).

Verletzungen vermeiden: Aufgrund der fehlenden Wahrnehmung und Negation der betroffenen Körperhälfte, wird auch die Lage der Extremitäten nicht registriert. Eine sichere Positionierung von Arm und Bein auf der betroffenen Seite muss durch die Pflege

und/oder von Angehörigen kontrolliert und gegebenenfalls adaptiert werden (vgl. Kalbach 1991, S.128).

Auch Wulf (2007) beschreibt in einem Fachbuch bei einem somatosensiblen Neglect ein Verletzungsrisiko, weil beispielsweise Schmerz durch Fehlstellung der Extremitäten oder beim Anlaufen an Gegenständen nicht empfunden wird. Ein visueller oder akustischer Neglect kann zusätzlich eine enorme Gefahr im Straßenverkehr darstellen, weil von der negierten Seite kommende Fahrzeuge nicht gesehen oder Hup- und Klingeltöne nicht wahrgenommen werden (vgl. Wulf 2007 In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.158).

Gestaltung der Umgebung zur Steigerung der Wahrnehmung: In der Rehabilitation geht es darum, Verletzungen zu vermeiden. Daher sollte die Umwelt so angepasst werden, dass die wichtigen Aktivitäten auf der nicht betroffenen Seite durchgeführt werden, auch das Bett sollte dementsprechend positioniert werden. Für die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit ist es förderlich, persönliche Gegenstände auf die betroffene Seite zu positionieren, allerdings nur, wenn der/die PatientIn die Konzentration bereits teilweise auf die betroffene Seite richten kann. Andernfalls sollen wichtige persönliche Gegenstände auf der nicht betroffenen Seite positioniert werden (vgl. Kalbach 1991, S.128).

Wulf (2007) beschreibt hingegen bei der Raumgestaltung Gegenteiliges. Sie stellt fest, dass durch die Ausrichtung des Bettes mit der betroffenen Seite zum Ort des Geschehens eine verstärkte Reizdarbietung erfolgt, die die Wahrnehmung fördert. Dies kann auch im Bad oder bei Freizeitgestaltungen angewendet werden. (vgl. Wulf 2007 In: Hüter-Becker, Dölken 2007, S.159).

Emotionale Unterstützung: Im Umgang mit einem Neglect ist es wichtig, dem/der Betroffenen Feedback zu geben und ihn/sie positiv zu bestärken. Dem/der PatientIn soll die Möglichkeit gegeben werden, seine/ihre Gefühle zu verbalisieren und Fragen stellen zu können. Im Rahmen der Beratung und der Betreuung ist der Hinweis, dass Frustration nicht außergewöhnlich ist, enorm wichtig (vgl. Kalbach 1991, S.128).

Eigene Anmerkung

Die Wahl des geeigneten Beratungstyps bei einem Neglect ist aufklärend, wenn es um die Bewusstmachung der bestehenden Wahrnehmungsstörung geht. Erst dann kann empfehlende Beratung ansetzen, um Wahrnehmung und Aufmerksamkeit für die betroffene Körperseite zu fördern oder die Umgebung zu gestalten. Die empfohlene

emotionale Unterstützung durch die Angehörigen ist auch Teil der empfehlenden Beratung. Sollen Verletzungen verhindert werden, setzt kompetenzfördernde Beratung ein.

5.2.6. Modul 6 - Beratung bei Apraxie

Aufgrund der gestörten Handlungsplanung sind PatientInnen meist auf Hilfestellung bei Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen. Der signifikante Zusammenhang konnte von Hanna-Pladdy et al. (2003); Goldenberg, Hagmann (1998) und Walker et al. (2004) gezeigt werden (vgl. Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.93).

Für die Behandlung von ApraxiepatientInnen wurde ein strategisches Therapieprogramm von Van Heughten et al. (1998) beschrieben. Es geht dabei um das Erlernen von Strategien und Kompensationstechniken, die den Umgang mit Aktivitäten des täglichen Lebens erleichtern. Ziel ist nicht die Wiederherstellung von Funktionen, da diese kein realistisches Ziel für die Therapie darstellt (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.295; West et al. 2008, S.3), sondern ein Anpassen an die veränderte Situation.

Die in der Therapie erlernten Strategien sollen immer mit PatientIn und deren Angehörigen gemeinsam erlernt werden, sodass sie auch für die häusliche Situation nützlich sind (vgl. Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.95).

Da es um die Erlernung von Kompensationstechniken für den Alltag geht, betrifft dies sowohl den/die PatientIn, als auch deren Angehörige, die Teil des Alltagslebens sind. Hier kann auch ein Ansatz für die Beratung von PatientIn und deren Angehörigen im Rahmen der Pflege interpretiert werden. Explizite Verweise auf die pflegerische Beratung bei PatientInnen mit Apraxie konnten in der Literatur nicht identifiziert werden. Das strategische Training zeigte einen positiven, signifikanten Effekt bezüglich der Durchführung und Funktion der Aktivitäten des Lebens. Das strategische Therapiekonzept weist außerdem eine signifikante Steigerung der Erinnerung an die Ausführung auf, sowohl subjektiv, als auch objektiv. Eine spontane Remission wurde nicht untersucht. Durch die vermehrte Zuwendung und Motivation kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die Verbesserungen allein auf das Therapieprogramm zurückzuführen sind, der Erfolg kann jedoch auch nicht ignoriert werden (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.300-301).

Auch Donkervoort, Dekker und Deelman (2006) beschäftigten sich mit der Relevanz pflegerischer Maßnahmen für PatientInnen mit Apraxie und kamen zu folgendem

Ergebnis: 50 Prozent der Probanden erhielten ein strategisches Training, 50 Prozent erhielten die normal üblichen Therapien. Die Apraxieskala zeigte nach acht Wochen bei 10 Prozent, und nach 20 Wochen bei 12 Prozent der Kontrollgruppe Werte über 87 Punkte. Das bedeutet, dass keine Apraxie mehr vorhanden war. Bei den teilnehmenden PatientInnen am strategischen Trainingsprogramm wies keine Person einen Wert unter 87 auf. Die PatientInnen haben Kompensationsstrategien für ihre Beeinträchtigungen erlernt. Einflussfaktoren waren Alter, Geschlecht und Grad der Apraxie. Es wurde kein Beleg gefunden, dass Apraxie sich spontan zurückbilden kann. Eine Funktionssteigerung in den Aktivitäten des täglichen Lebens konnte gezeigt werden (vgl. Donkervoort, Dekker und Deelman 2006, S.1086-1092).

West et al. (2008) wiesen in ihrem Review darauf hin, dass keine Handlungsanweisung aus der Literatur für die Praxis abgeleitet werden kann, da die evidenzbasierte Grundlage zu gering ist. Donkervoorts randomisierte Studie (2001) zur Überprüfung der Effektivität von strategischem Training weist einzig geringe signifikante Steigerung im Barthel-Index auf (vgl. West, Bowen, Hesketh, Vail 2008, S.7).

Die Anwendung von Smania et al. (2000) beschriebener Therapie mit Gesten hatte eine Verbesserung im Apraxietest zur Folge. Signifikante Verbesserungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens konnten erst in einer weiteren Studie von Smania und KollegInnen (2006) aufgezeigt werden (vgl. Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.95).

Angelehnt an das beschriebene strategische Training und die therapeutische Anwendung von Gesten, wird nun versucht, aus den Inhalten dieser, Beratungsschwerpunkte und pflegerische Inhalte für PatientInnen und deren Angehörige zu identifizieren. Sie sind zwar als therapeutische Inhalte beschrieben, können aber meiner Meinung nach auch im Alltag und/oder der Pflegesituation hilfreich sein.

5.2.6.1. Leitfaden für die Beratung bei Apraxie

Schaffung einer geeigneten Umgebung: Van Heughten, Dekker, Deelman, Van Dijk und Stehmann-Saris (1998) beschreiben auch im Kontext einer Apraxie, dass eine ruhige Atmosphäre ohne äußere Störfaktoren für die Handlungsplanung von hoher Priorität ist (Van Heughten et al. 1998, S.295).

Strategisches Training durch Hinweise, Feedback, verbale und manuelle Assistenz: Bei Startschwierigkeiten kann die Aktivität gemeinsam mit dem/der PatientIn begonnen werden, gegebenenfalls öfter, bis dies selbständig möglich ist (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.297; West et al. 2008, S.3).

Es stellt oft eine Hilfe dar, die benötigten Utensilien vorzubereiten, auf sie zu zeigen oder bei Bedarf dem/der PatientIn zu reichen. Die Aktivität ist so anzupassen, dass sie für den/die PatientIn einfacher ist (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.302).

Hinsichtlich Durchführung, Dauer und Ergebnis soll verbales oder physisches Feedback gegeben und mögliche Fehler verbessert werden. Dies kann für PatientInnen plastischer gemacht werden, wenn die Handlung vor dem Spiegel durchgeführt wird oder die einzelnen Handlungssequenzen in einer Videoaufnahme evaluiert werden (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.303; Vanbellinghen, Bohlhalter 2011, S.95).

Durch regelmäßiges Feedback können normale Bewegungsmuster wiederhergestellt werden (vgl. West et al. 2008, S.3).

Durch verbale Assistenz kann ein Rhythmus für die Handlung gegeben werden. Dies kann mittels Verbalisierung der Einzelschritte einer Handlung, die Benennung der Einzelschritte oder dem Lenken der Aufmerksamkeit auf die durchführende Hand geschehen. Mimik, Gestik und Intonation der Stimme können die verbale Begleitung unterstützen. (vgl. Van Heughten et al. 1998; S.302; West et al. 2008, S.3; Vanbellinghen, Bohlhalter 2011, S.3).

Körperliche Assistenz kann notwendig sein, um die Gliedmaßen zu führen oder zu positionieren. Um einen Reiz zu setzen oder wenn das gewünschte Ergebnis nicht erreicht werden kann, bedarf es einer Hilfestellung bei der Aktivität beispielsweise im Rahmen der Anwendung des NDT-Konzeptes (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.302; West et al. 2008, S.3).

Einsetzen von Gesten: Das Anwenden von Gesten und Zeigen auf Objekte wird in der Literatur mehrfach als hilfreich beschrieben. Smania (2000) beschreibt den Einsatz von Gesten und Zeigen auf Objekte als therapeutische Maßnahme in drei Schritten. Erstens den Gebrauch von einfachen Gegenstände vorführen, zweitens das Vorzeigen eines Bildes von einem Gegenstand in Gebrauch - in beiden Fällen soll der/die PatientIn dies im Anschluss ausführen. Im dritten Schritt wird ein Bild von einem Gegenstand gezeigt und der/die PatientIn soll die damit assoziierte Handlung durchführen (vgl. Van Heughten et al. 1998,

S.302; West et al. 2008, S.5; Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.95; Smania, Girardi, Domenicalli, Lora, Aglioti 2000, S.379-388).

Es können auch einzelne Handlungsschritte vorgezeigt werden (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.302; West et al. 2008, S.5).

Hilfestellung bei einzelnen Handlungsschritten durch verbale Anweisungen, schriftliche Anleitung, Bilder: Zur Unterstützung können die Anweisungen aufgeschrieben werden (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.302) oder Bilder der Aktivität, sowie Einzelsequenzen der Handlung gezeigt werden (vgl. Van Heughten et al. 1998, S. 302; Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S. 95).

Die gegebenen Instruktionen sollen immer klar und kurz gefasst sein (vgl. Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.95).

Ziel für die häusliche Situation: Es ist dringend notwendig, im Rahmen der Beratung das realistische Ziel gemeinsam mit PatientInnen zu identifizieren. Es sollte dahingehend beraten werden, als Ziel die Entwicklung von Kompensationsmechanismen für den Alltag zu formulieren. (vgl. Van Heughten et al. 1998, S.295; West et al. 2008, S.3; vgl. Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.95).

Beeinträchtigungen und Gefahren im täglichen Leben: Es ist wichtig, die häusliche Situation zu beachten. Angehörige sind auf Beeinträchtigungen in der Verwendung von Gegenständen hinzuweisen, um die Verletzungsgefahr zu reduzieren, zum Beispiel mit einem Messer. Strategien können sein, den Zugang zu gefährdenden Gegenständen zu erschweren oder nur unter Aufsicht handzuhaben. Die Auswahl an möglichen Gegenständen sollte möglichst gering gehalten werden, Handlungen eher zeitlich begrenzt sein und dem/der PatientIn vertraute Objekte gereicht werden. Auch verbale und taktile Hinweise können als Unterstützung angeboten werden (vgl. Vanbellingen, Bohlhalter 2011, S.95).

Eigene Anmerkung

Die Apraxie erfordert eine Beratung unterschiedlichster Typen. Eine aufklärende Beratung findet statt, wenn es um das anzustrebende Ziel für die häusliche Situation geht. Empfehlende Beratung erfolgt hinsichtlich der Schaffung einer geeigneten Umgebung. Beratung betreffend strategischem Training, dem Einsetzen von Gesten und Hilfestellung

bei einzelnen Handlungsschritten kann kompetenzfördernd sein. Die Beratung über Beeinträchtigungen und Gefahren im täglichen Leben ist sowohl aufklärend, als auch lösungserarbeitend.

6. Ergebnisse, Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend kann die zu Beginn der Arbeit gestellte Forschungsfrage positiv beantwortet werden. Als Ergebnis der Diplomarbeit wurde aus evidenzbasierten Forschungsergebnissen, ExpertInnenartikeln aus Fachzeitschriften und Fachbüchern ein pflegebezogener Leitfaden für SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörige entwickelt. Der Leitfaden setzt sich aus sechs Modulen zusammen, welche individuell kombiniert werden können. Es wurden psychosoziale, alltagsrelevante, krankheits- und pflegebezogene Beratungsschwerpunkte bei SchlaganfallpatientInnen in den Modulen für allgemeine Themen, Schluckstörung, Aphasie, Hemiplegie, Neglect und Apraxie ausgearbeitet.

Die identifizierten Beratungsschwerpunkte werden zur besseren Veranschaulichung in Form einer Tabelle dargestellt.

Psychosoziale, alltagsrelevante, krankheits- und pflegebezogene Beratungsschwerpunkte bei SchlaganfallpatientInnen
Modul 1 - Beratung zu allgemeinen Themen Krankheitsbild, Ursache und Prognose Prävention und Risikofaktoren Folgen und Auswirkungen auf den Alltag, Freizeit Veränderung sozialer Beziehungen Gefahr sozialer Isolation, Depression, Angst, Scham und Frustration mögliche psychotherapeutische Unterstützungsformen Schlaganfallgruppen und/oder Selbsthilfegruppen Weiterführende formelle Beratungsangebote
Modul 2 – Beratung bei Schluckstörung Gefahren aufgrund der Schluckstörung Risikofaktoren für das Verschlucken Schaffung einer angenehmen Umgebung Scham beim Essen vor Anderen und Angst vor dem Verschlucken Gefahr von sozialer Isolation und Depression, Verlust der sozialen Rolle in Familie, Beruf und Freundeskreis Auswahl geeigneter Speisen und Getränke Wann darf keine Nahrung verabreicht werden Richtige Essbegleitung Verabreichung der Medikamente Veränderung der Körperposition Richtige Kopfhaltung beim Schlucken Anwendung von Schlucktechniken kompensatorische Hilfsmittel

Modul 3 – Beratung bei Aphasie Identifikation von Bewältigungsstrategien Rückzug und Depression Umgang mit Veränderungen des sozialen Lebens Wichtigkeit von Gesprächen Schaffung einer geeigneten Gesprächssituation wertschätzende Kommunikation Kommunikationsregeln Kommunikationsstrategien
Modul 4 – Beratung bei Hemiplegie Bewegung und Mobilisation Hilfestellung bei der Körperpflege Unterstützung beim An- und Auskleiden Hilfestellung beim Essen und Trinken Umgang mit dem betroffenen Arm zur Vorbeugung einer subluxierten Schulter Pusher Syndrom Die geschwollene Hand
Modul 5 – Beratung bei Neglect Wahrnehmung und Aufmerksamkeit für die betroffene Körperseite fördern Verletzungen vermeiden Gestaltung der Umgebung zur Steigerung der Wahrnehmung Emotionale Unterstützung
Modul 6 – Beratung bei Apraxie Schaffung einer geeigneten Umgebung Strategisches Training durch Hinweise, Feedback, verbale und manuelle Assistenz Einsetzen von Gesten Hilfestellung bei einzelnen Handlungsschritten durch verbale Anweisungen, schriftliche Anleitung, Bilder Ziel für die häusliche Situation Beeinträchtigungen und Gefahren im täglichen Leben

Tabelle 9: pflegebezogene Beratungsschwerpunkte für SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörige in sechs Modulen

Es konnte gezeigt werden, dass Beratung bei SchlaganfallpatientInnen durchaus sinnvoll ist, obwohl die Darstellung der komplexen Pflegephänomene und neuropsychologischen Beeinträchtigungen dies fraglich erscheinen ließen. Die Angehörigen stellen wichtige Bezugspersonen dar und sollen deshalb auch in die Beratung einbezogen werden (vgl. Rettke, Lyrer 2002). Der systemische Ansatz aus den psychologischen Beratungstheorien wird daher in den Vordergrund gerückt, obwohl es keine explizit gültige Beratungstheorie gibt, sondern immer eine Methodenvielfalt aus psychologischen, sozialwissenschaftlichen und integrativen Theorien Anwendung findet.

Der Beratungsbegriff für die Pflege wurde in der Diplomarbeit deutlich beschrieben, sowie unterschiedliche Beratungsmethoden und -konzepte herausgearbeitet. Der Begriff Beratung wurde nach unterschiedlichen Autoren und aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Arbeitsfeldern erklärt. Eine Definition nach Engel (2006) wird exemplarisch angeführt:

„Beratung, insbesondere Gesundheitsberatung in der Pflege ist ein Prozess, bei dem in Zusammenarbeit mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen Lösungen zu existierenden oder potentiellen Problemsituationen, die den Gesundheitszustand der Patienten betreffen, erarbeitet werden. Es werden zwei Sichtweisen integriert: Beratung, die sich auf Reaktionen von Krankheiten bezieht („pathogenetisch orientiert“), und (Gesundheits-)Beratung, die sich auf Bedingungen zur Erhaltung bzw. Gestaltung von Gesundheit ausrichtet („salutogenetisch orientiert“)“ (Engel 2006, S.35).

Die Beratung als professionelle Tätigkeit der Pflege konnte von mehreren Seiten betrachtet und belegt werden, sowie als prozessorientiertes Vorgehen in den Pflegeprozess integriert werden.

Aus den pflegebezogenen Beratungskonzepten – Ressourcenorientierung, Lösungsorientierung, Prävention und Gesundheitsförderung – wurde für die Beratung von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen der lösungsorientierte Ansatz als Herangehensweise gewählt. Der Einfluss anderer Konzepte ist aber nicht auszuschließen. Die Beratungstypen wurden auch auf die konkrete Beratungssituation von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen umgelegt. Ein komplexer Beratungstyp, der sowohl aufklärend, kompetenzfördernd, empfehlend und lösungsorientiert agiert, ist im Beratungsgeschehen dieses Krankheitsbildes nicht wegzudenken (vgl. Engel 2011, S.55-72, 104-124) .

Beratungsgrundlagen und -typen für die praktische Umsetzung, sowie geeignete Kommunikationsregeln und -techniken für die konkrete Beratungssituation konnten aus der Literatur herausgearbeitet werden. Generell gilt auch in der Beratung, wie bereits Watzlawick (1996) formulierte: “Man kann nicht nicht kommunizieren (Watzlawick 1996, S.53).“

Es kann daher die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es gelungen ist, einen Leitfaden für Beratungssituationen von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörige zu erstellen, der sowohl in einen theoretischen Rahmen eingebettet ist, als auch auf evidenzbasierten Inhalten beruht. Diese wurden in einigen Punkten, aus Mangel an Ergebnissen auf höherer Evidenzstufe, durch Expertenartikel aus Fachzeitschriften ergänzt. Die Anwendung und Relevanz, sowie die Nützlichkeit für die Praxis scheinen jedoch gegeben. Die Notwendigkeit einer pflegebezogenen Beratung konnte anhand mehrerer Gesichtspunkte aufgezeigt werden. Es wurden auch die erarbeiteten Kriterien für den Leitfaden in fast allen Punkten erfüllt. Aufgrund der Relevanz ist hier noch einmal anzuführen, dass eine Beratung immer individuell gestaltet sein muss, der Leitfaden kein allgemeingültiges „Rezept“ darstellt, sondern als roter Faden für mögliche Beratungsinhalte dienen soll.

Der erarbeitete Leitfaden wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht auf die Anwendbarkeit und Praktikabilität in der Praxis überprüft. Dies könnte Ansatzpunkt für weitere wissenschaftliche Abhandlungen sein. Für die Zukunft ist die Pflegewissenschaft gefordert. Im Bereich der Pflege von SchlaganfallpatientInnen ist noch genügend Arbeit, es besteht noch weiterer Forschungsbedarf auf höherer Evidenzstufe zu einzelnen Pflegeschwerpunkten - speziell zu den Themen Hemiplegie, Neglect und Apraxie finden sich wenige wissenschaftliche Abhandlungen.

7. Literaturverzeichnis

Allgeier, C.; Kämmerle-Hofrichter, I.: Studie zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfes von Patientinnen und Patienten, die nach einem Schlaganfall zu Hause leben. In: Pflege 2005;18; S.373-380

Auf dem Brinke, Matthias: Neurologisch bedingte Schluckstörungen. In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrg., Nr.10, 2007, S. 908-910

Beckmann, Marlies: Die Pflege von Schlaganfallbetroffenen. Nach dem Konzept der Aktivitas Pflege. Schlütersche Verlag, Hannover, 2000

Bhattacharjee, Madhumita; Vairale, Jaee; Gawali, Kamal; Dalal, Praful M: Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). In: Annals of Indian Academy of Neurology, No.15, 2012, p.113-115

Bienstein, Christel; Bartholomeyczik, Sabine; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe(Hrsg.): Schlaganfallpatienten und pflegende Angehörige in der postakuten Phase. Eine Literaturanalyse, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2006

Blom Johansson, Monica; Carlsson, Marianne; Sonnander, Karin: Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. In: International Journal of language and communication disorders, 2012, Vol.47, no.2, p. 144-155

Bucher, P.O.; Zumsteg, I.; Rentsch, H.P.: Sprachrehabilitation bei Aphasie im Konzept der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. In: Rehabilitation, Nr. 36, 1997, Thieme Verlag, S. 238-243

Burger-Gartner, Jutta; Heber, Dolores: Schluckstörungen im Alter Hintergrundwissen und Anwendung in der Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, 2011

Cavanagh, Stephen J.: Pflege nach Orem. Lambertus, Freiburg im Briesgau, 1997

Christmann, Elli; Holle, Regina; Schüssler, Dörte; Beier, Jutta; Dassen, Theo: Mündliche Information von PatientInnen durch Pflegenden – Am Beispiel von PatientInnen mit Schlaganfall In: Pflege, 2004, Nr. 17, S. 165-175

Cola, Paula Cristina; Gatto, Ana Rita; Silva Roberta Gonçalves da; Spadotto, André Augusto; Schelp, Arthur Oscar; Henry, Maria Aparecida Coelho de Arruda: The influence of sour taste and cold temperature in pharyngeal transit duration in patients with stroke. In: Arquivos de gastroenterologia, Vol. 47, No. 1, 2010, p. 18-21

Dammshäuser, Birgit: Bobath-Konzept in der Pflege. Elsevier, München, 2005

Dammshäuser, Birgit: Bobath-Konzept in der Pflege. Elsevier, München, 2012

Dangerfield, Lynn; Sullivan, Ruth: Screening for and managing dysphagia after stroke. In: Nursing Times, May 12, Volume 95, No. 19, 1999, p. 44-45

Delank, Heinz Walter; Gehlen, Walter: Neurologie; Ferdinand Enke Verlag; 9.Auflage; Stuttgart; 2001

Duden Online-Wörterbuch: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Leitfaden>. Zugriff am 13.11.2012

Donkervoort, Mireille; Dekker, Joost; Deelman, Betto: The course of apraxia and ADL functioning in left hemisphere stroke patients treated in rehabilitation centres and nursing homes. In: Clinical Rehabilitation, No.20, SAGE Publications, 2006, p.1085-1093

Engel, Frank; Sickendiek, Ursel: Beratung-ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft, 10. Jahrgang, Nr. 4, 2005, S. 163-171

Engel, Roswitha: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum, Facultas Verlag, Wien, 2006

Engel, Roswitha: Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Einführende Elemente, Methoden und Beispiele, Facultas Verlag, Wien, 2011

Evans, RL; Matlock, AL; Bishop, DS; Stranahan, S.; Pederson, C.: Family Intervention After Stroke: Does Counseling or Education Help? In: Stroke, No. 19, Vol. 10, 1988, p. 1243-1249

Geyer, Elke; Rose, Andrea; Zwicker-Pelzer, Renate: Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung. Anregungen zur Weiterentwicklung neuer beruflicher Kompetenzen. Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2011

Gittler-Hebestreit, Norbert: Pflegeberatung im Entlassungsmanagement. Grundlagen-Inhalte-Entwicklungen. Schlütersche Verlag, Hannover, 2006

Goldenberg, Georg: Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation. Gustav Fischer Verlag; Stuttgart/ Jena/ Lübeck/ Ulm; 1997

Green, Theresa; Haley, Erika; Eliasziw, Michael; Hoyle, Keith: Education in stroke prevention: Efficacy of an educational counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. In: Canadian Journal of Neuroscience Nursing, Vol. 29, Issue 2, 2007, p.13-20

Hantikainen, Virpi; Riesen-Uru, Seija; Rarmy-Röthl, Birgit; Hirsbrunner, Therese: Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. In: Pflege 2006, Heft 19, S. 11-22

- Hartwanger, Annette; Stanschus, Sönke: Pflegerische Aspekte im Management von neurogenen Dysphagien In: Seidel, Simone; Stanschus, Sönke (Hrsg.): Dysphagie-Diagnostik und Therapie. Ein Kompendium , Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 1.Auflage, 2009, S. 253-278
- Hausmann, Clemens: Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Facultas, Wien, 2005
- Helmbold, Anke; Fuest, Karin; Riemann, Maria; Tacke, Doris: Aphasie: Der mühsame Weg zurück ins eigene Leben. In: Pflege 11, Hans Huber Verlag, Bern, 1998, S. 268-274
- Henkel, Sarah: Aphasie- Kommunikation ohne Sprache?!. GRIN Verlag; Jena; 2006
- Herberger, Gabriele: Ganzheitlich beraten in der Pflege. Einsatz von Naturheilkunde, Qualifikation, Wege in die Selbstständigkeit. Schlütersche Verlag, Hannover, 2003
- Herbert, Sharan: A team approach to the treatment of dysphagia. In: Nursing Times, December 11, Volume 92, No. 50, 1996, p. 26-29
- Herbst, Wiebke: Dysphagie. Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Schulz-Kirchner Verlag, 3.Auflage, Idstein, 2009
- Hisker, Bernadette; Turowski, Gabriele; Wulfert, Markus; Gerlach, Andreas: Pflegeprobleme bei Patienten mit Aphasien. In: Pflegezeitschrift 47, Nr.3, 1994, S. 149-153
- Hofegger, Dijana; Zifko, Udo: Gemeinsam zum Ziel. Neurologische Rehabilitation von Sprach- und Sprechstörungen nach Schlaganfall. In: Procure 12, Springer Verlag KG, 2002, S. 31-33
- Huber, Kurt; Fazekas, Franz; Pilger, Ernst; Woltz, Michael; Feffer, Silvia: Herzinfarkt und Schlaganfall. Vorbeugung und Behandlung von Gefäßerkrankungen. Verlagshaus der Ärzte, Krause & Pachernegg, Wien, 2005
- Hughes, Helen, Silent aspiration. In: Nursing Times, May 26, Volume 95, No.21, 1999, p.71-75
- Hüper, Christa; Hellige, Barbara: Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. Mabuse, Frankfurt am Main, 2007
- Hüter-Becker, Antje; Dölken, Mechthild (Hrsg.): Physiotherapie in der Neurologie, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2.Auflage, 2007

Hurkmans, Joost; De Bruijn, Madeleen; Boonstra, Amme M.; Jonkers, Roel; Bastiaanse, Roelien; Arendzen, Hans; Reinders-Messelink, Heleem A.: Music in the treatment of neurological language and speech disorders: A systematic review. In: Aphasiology; No. 26 (1); 2012; p.1-19

Ireland, Chris; Wotton, Geraldine: Time to talk: Counselling for people with dysphasia. In: Disability and Rehabilitation, Vol. 18, No. 11, 1996, Taylor & Francis, p. 585-591

Jacobs, Gabi; Kohl, Renate: Grundlagen des Bobath-Prinzips. Stützen, fördern, anleiten In: Pflegezeitschrift 2012, Jg. 65, Heft 1, S. 16-19

Jungbauer, J.; Döll, K.; Wilz, G.: Geschlechts- und altersspezifische Aspekte des Hilfsbedarfs bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten-Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie. In: Rehabilitation, Nr.47, 2008, S. 145-149

Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3; Hans Huber Verlag; Bern; 3.Auflage 2004

Kalbach, Leslie R.: Unilateral Neglect: Mechanism and Nursing Care. In: The Journal of neuroscience nursing, No. 23, 1991, p. 125-129

Kiechl, Stefan; Lalouschek, Wolfgang; Lang, Wilfried: Nach einem Schlaganfall. Holzhausen Verlag; Wien; 2006

Knelange, Christel; Schieron, Martin. Beratung in der Pflege-als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege. In: PflGe, 5.Jg., 2000, Nr.1

Koch-Straube, Ursula: Beratung in der Pflege; Huber Verlag; Bern; 2008

Kollen, Boudewijn J; Lennon Sheila; Lyons, Bernadette; Wheatley-Smith, Laura; Scheper, Mark; Buurke, Jaap H.; Halfens, Jos; Geurts, Alexander C.H.; Kwakkel, Gert: The Effectiveness of the Bobath Concept in Stroke Rehabilitation: What is the Evidence? In: Stroke, No. 40, American Heart Association, Dallas, 2009, p. e 89 – e97

Kozon, Vlastimil; Fortner, Norbert (Hrsg.): Gerontologische Pflege – Pflegeberatung. ÖGVP Verlag, Wien, 2003

Krohwinkel, Monika: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel Apoplexiekranker. Fördernde Prozesspflege als System; Hans Huber Verlag; 2.Auflage; Bern; 2007

Luderer, Christiane; Behrens, Johann: Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus. In: Pflege, Nr. 18, 2005, Hans Huber, Bern, S. 15-23

Moormann, Ariane: Weicher ist besser. In: Altenpflege, Nr. 2, 2009, S. 42-44

Müller, Sven-David: Problem Dysphagie – Gesundheitsrisiko in der Geriatrie. In: Pflege aktuell, Nr.6, 2000, S.354-356

Mutzeck, Wolfgang: Kooperative Beratung. Grundlagen, Methoden, Training, Effektivität. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 6.Auflage, 2008

Nusser-Müller-Busch, Ricki: Schluckstörungen. Diagnostik, Therapie, Diätetik. In: Pflege aktuell Nr. 4, 1995, S. 288-289

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: Definition der Pflege – International Council of Nurses, deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition_der_Pflege_-_deutsch.pdf, Zugriff am 30.12.2012

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: Recht-eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich, <http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html>, Zugriff am 15.07.2012

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: Recht- Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich <http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/16.html>, Zugriff am 15.07.2012

Paolucci, Amy; McKenna, Kryss; Cooke, Deidre M.: Factors affecting the number and type of impairments of visual perception and praxis following stroke. In: Australien Occupational Therapy Journal, No.56, 2009, p. 350-360

Passarella, Phyllis M.; Lewis, Nancy: Nursing Application of Bobath Principles in Stroke Care. In: The Journal of neuroscience nursing, No.19, 1987, p. 106-109

Prosiegel, M.; Heintze, M.; Wagner-Sonntag, E.; Hanning, C.; Wuttge-Hannig, A.; Yassouridis, A.: Schluckstörungen bei neurologischen Patienten. Eine prospektive Studie zu Diagnostik, Störungsmustern, Therapie und Outcome. In: Nervenarzt Nr. 4, Springer-Verlag, 2002, S. 364-370

Rechtien, Wolfgang: Beratung, Theorien, Modelle und Methoden, Profil, München, 1998

Rettke, Horst; Lyrer, Philippe: Lernfähigkeit akuter Schlaganfallpatienten In: Pflege, 2002, Nr. 15, S. 53-60

Rowat, Anne M.: What do nurses and therapists think about the positioning of stroke patients? In: Journal of Advanced Nursing, No.34 (6), Blackwell Science, 2001, p. 795-803

Schaeffer, Doris; Dierks, Marie-Luise. Patientenberatung In: Hurrelmann, Laaser, Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Wienheim, München, 2006

Schober, D; Schober, C.; Kabas, J.: Evaluierungsstudie über das Pilotprojekt „Beratungsscheck – Fachliche Erstberatung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen“. NPO-Institut, Wien, 2007

Schupp, W.: DGRW-Update: Neurologie – Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen. In: Rehabilitation, 50, 2011, S.354-362

- Seel, Mechthild: Die Pflege des Menschen.; Brigitte Kunz Verlag; 3.Auflage; Hagen; 2003
- Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Juventa Verlag, Weinheim, München, 2.Auflage, 2002
- Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Juventa Verlag, Weinheim, München, 3.Auflage, 2008
- Simon, Mario; Reuther, Sven; Schreier, Maria Magdalena; Bartholomeyczik, Sabine: Screening-Verfahren zur Identifikation einer Dysphagie bei älteren Menschen – Ein systematischer Literaturüberblick. In: Pflege, 22, Hans Huber, 2009, S. 193-206
- Smagt-Duijnste, Mibet; Hamers, Jan; Huijer Abu-Saad, Huda; Zuidhof, Arijan: Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.33, No.3, Blackwell Science, 2001, p.307-315
- Smania, N.; Girardi, M.; Domenicalli, C.; Lora, E.; Aglioti, S.: Rehabilitation of limb apraxia: a study in left-brain damaged patients. In: Arch Phys Med Rehabil, Vol. 81, No. 4, 2000, p. 379-388
- Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007- Gesundheitsdeterminanten,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/index.html
 Zugriff am 18.12. 2012
- Statistik Austria: Ergebnisse der Bevölkerungsprognose 2012,
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, Zugriff am 18.12.2012
- Statistik Austria: Österreichischer Gesundheitsbericht 2006/2007- Chronische Krankheiten.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html, Zugriff am 18.12.2012
- Stöger, Andrea: Die Sprache neu erlernen – Rehabilitation von Patienten mit Aphasie bei Apoplex. In: Die Schwester Der Pfleger 40.Jahrg., 3, 2001, S. 224-227
- Strauch, Dietmar; Rehm, Margarete: Lexikon Buch-Bibliothek-Neue Medien. De Gruyter Verlag, München, 2007
- Suditu, Claudiu: Aufbau einer professionellen Pflegeberatung. In: Kozon, Vlastimil; Fortner, Norbert (Hrsg.): Gerontologische Pflege – Pflegeberatung. ÖGVP Verlag, Wien, 2003, S. 161-175
- Tacke, Doris: Pflege von Menschen mit Aphasie – Eine Literaturstudie. In: Pflege, 12, Hans Huber Verlag, Bern, 1999a, S.95-100

- Tacke, Doris: Sprachstörung und Identität. Das Wiederaufrichten des Ich bei Menschen mit Aphasie. In: Moers, Martin; Schiemann, Doris; Schnepf, Wilfried: Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen, Hans Huber Verlag, Bern, 1999b, S. 161-218
- Tesak, Jürgen: Grundlagen der Aphasiotherapie. Schulz-Kirchner Verlag, 5. Auflage, Idstein, 2007
- Thranberend, Timo: Schlaganfall - Pflegenden sind Partner in der Rehabilitation. In: Die Schwester Der Pfleger Nr. 46, Jahrg. 02, 2007, S.104-108
- Vanbelling, Tim; Bohlhalter, Stephan: Apraxia in neurorehabilitation: Classification, assessment and treatment. In: Neurorehabilitation, No.28, IOS Press, 2011, p. 91-98
- Van Heughten, CM; Dekker, J.; Deelman, BG; Van Dijk, AJ; Stehmann-Saris;JC; Kinebanien, A.: Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia: a phase II study. In Clinical Rehabilitation, No.12, Arnold, 1998, p. 294-303
- Van Keeken, Paul: Schluckstörungen nach einem Schlaganfall: Worauf in der Pflege zu achten ist. In: Pflegezeitschrift, Nr. 10, 2002, S. 2-4
- Vieten, Markus; Schramm, Anja (Hrsg.): Pflege Konkret. Neurologie, Psychiatrie; Urban & Fischer Verlag; München/Jena; 2001
- Warmbrunn, Angelika (Hrsg.): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Urban & Fischer Verlag; München; 2007
- Watzlawick Paul, Beavon Janet, Jackson Don: Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien. Hans Huber Verlag; 9. Auflage; Bern; 1996
- West, C.; Bowen, A.; Hesketh, A.; Vail, A.: Interventions for motor apraxia following stroke (Review). In: Cochrane database of systematic reviews 2008, Issue 1, Art.no. CD004132, John Wiley&Sons.
- Westergreen, Albert; Ohlsson, Ola; Rahm Hallberg, Ingalil: Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three month after a stroke. In: Journal of Advanced Nursing, 35(3), Blackwell Science Ltd, 2001, p. 416-426
- Wied, Susanne; Warmbrunn, Angelika (Hrsg.): Pschyrembel Wörterbuch Pflege. De Gruyter, Berlin, 2003
- Wulf, Dorothe; Scheidtmann, Klaus: Neuropsychologische Syndrome und Störungen. In: Hüter-Becker, Antje; Dölken, Mechthild (Hrsg.): Physiotherapie in der Neurologie. Thieme Verlag, 2. Auflage, Stuttgart, New York, 2007
- Zürcher, Elisabeth: Bewältigungsstrategien nach einem Hirnschlag. In: Soins Infirmiers, 4, 2002, S.14-16

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:

Abgrenzung des Beratungsbegriffes gegenüber Therapie, Alltagsberatung und Erziehung hinsichtlich Inhalt, Vorkommen, Ziel und Methode nach Koch-Straube (vgl. Koch-Straube 2008, S.68-70)..... S.12

Tabelle 2:

Beratungskompetenzen in vier Teilbereichen nach Engel (vgl. Engel 2011, S. 49-54 S.24

Tabelle 3:

Abgrenzung der Gesundheitsförderung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention nach Laser und Hurrelmann (1998) (vgl. Engel 2011, S.63)S.37

Tabelle 4:

generalisierte Widerstandsressourcen nach Brieskorn-Zinke (2000) (vgl. Engel 2006, S. 46).....S.38

Tabelle 5:

Beratungsprozess in sechs Schritten nach Hausmann (vgl. Hausmann 2005, S.191)..... S.43

Tabelle 6:

Funktionen und Störungsbilder der großen Hirnareale nach Wulf (vgl. Hüter-Becker, Dölken 2007, S. 36-37). S.58-59

Tabelle 7:

Neurologische Ausfälle nach betroffener Arterie nach Vieten und Schramm (vgl. Vieten, Schramm 2001, S.110)..... S.60

Tabelle 8:

abgeleitete Kriterien für den Beratungsleitfaden aus der Patientenedukation nach Abt-Zegelin (vgl. Bienstein et al 2006, S.62) S.75

Tabelle 9:

pflegebezogene Beratungsschwerpunkte für SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörige in sechs Modulen S.107-108

9. Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Einwirkung pflegerischen Handelns zum Wiedererlangen der Selbstpflegefähigkeiten nach Cavanagh (vgl. Cavanagh 1997, S.34)	S.15
Abb. 2: Patient mit vier Dimensionen, Bezugsperson mit vier Kompetenzen und vier Dimensionen. Systemisches Beratungsmodell HUGADO nach Hummel-Gratz und Doll (vgl. Warmbrunn 2007, S. 22)	S.30

10. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
et al.	et alteri (lateinisch), und andere
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
S.	Seite
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (englisch), Weltgesundheitsorganisation
z. n.	.zitiert nach

11. Anhang

11.1. Abstract deutsch

Jährlich erleiden in Österreich etwa 60.000 Menschen einen Schlaganfall, der – sofern dieser überlebt wird – nicht selten bleibende Beeinträchtigungen nach sich zieht. Die veränderte Lebenssituation wirkt bei Betroffenen und deren Angehörigen häufig eine Vielzahl an Fragen und Problemen hinsichtlich unterschiedlicher Pflegeschwerpunkte auf. Die Pflege kann in ihrer Professionalität diesen Bedürfnissen durch pflegebezogene Beratung gerecht werden. Um eine qualitativ hochwertige und kompetente Beratung der Pflege gewährleisten zu können, muss diese einheitlich sein, auf theoretischen Grundlagen, Konzepten aus Pflege und Beratung, sowie wissenschaftlichen Inhalten basieren.

Die Literaturrecherche erfolgte in wissenschaftlichen Datenbanken (Pubmed und Cinhal), Fachzeitschriften und Fachbüchern. Anhand dieser wurden vorerst theoretische Grundlagen der Beratung in der Pflege erarbeitet und das Krankheitsbild in seiner Komplexität vorgestellt.

Als Ergebnis entstand ein pflegebezogener Leitfaden für die Beratung von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörige in sechs Modulen - allgemeine Themen, Schluckstörung, Aphasie, Hemiplegie, Neglect und Apraxie. Jedes Modul beinhaltet mehrere Beratungsschwerpunkte, die einem systemischen und lösungsorientierten Ansatz zugrunde liegen. Zur Umsetzung ist ein komplexer Beratungstyp erforderlich.

Die theoretischen Grundlagen der Beratung in der Pflege konnten erarbeitet und in den Pflegeprozess integriert werden. Der Leitfaden bietet alltagsrelevante, pflegebezogene Inhalte, die an den Bedürfnissen von SchlaganfallpatientInnen und deren Angehörigen angelehnt sind und in vielen Bereichen auf evidenzbasierten Ergebnissen beruhen. Ergänzt wurden diese wegen ihrer Relevanz für den Alltag durch in Fachzeitschriften veröffentlichte Expertenbeiträge.

11.2. Abstract englisch

Each year around 60.000 people in Austria suffer from a stroke. Even if survived, it often leads to permanent impairment. The sudden change of life situation raises many questions and presents patients and families with a lot of problems relating to various aspects of nursing. Professional care can satisfy these needs through specialist counseling. To ensure high-quality and competence it thus has to base on uniformly procedure, theoretical foundation, concepts of nursing and counseling as well as scientific content.

Literature research for this paper included scientific databases (Pubmed, Cinhal), specialist journals and books. The gathered publications were used to introduce a theoretical framework of key concepts in care-related counseling and to describe the clinical picture in its whole complexity.

Subsequently a guide to care-related counseling of stroke survivors and their relatives was created. It consists of six modules: general subjects, dysphagia, aphasia, hemiplegia, neglect and apraxia. Each module contains several aspects of counseling basing on a systemic and solution-focused approach. Realization applies a complex type of counseling.

Theoretical basics of care-related counseling were elaborated and integrated into the process of nursing. The guide offers plenty of contents focusing on daily routine and care. Evidence-based in most aspects they are especially tailored to the needs of patients and relatives dealing with the implications of a stroke. Less scientific articles by experts were also added due to their value in every day life.

11.3. Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe, dass diese Arbeit mit der zur Begutachtung vorgelegten und beurteilten Arbeit übereinstimmt.

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

Wien, im Jänner 2013

Cornelia Steiner

11.4. Curriculum vitae

Persönliche Daten

Cornelia Steiner

geboren am 28. April 1981 in Wien

Österreichische Staatsbürgerschaft

ledig, keine Kinder

Ausbildung

- 1991 – 1999 Bundesgymnasium in 1100 Wien, Ettenreichgasse 41-43 mit
Maturaabschluss im Juni 1999
- 2000 – 2003 Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am
Sozialmedizinischen Zentrum Süd mit ausgezeichnetem Diplomabschluss
im Februar 2003
- seit 2004 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- 2011 Weiterbildung „Entlassungsmanagement“ im Wiener
Krankenanstaltenverbund, Akademie für Fortbildungen und
Sonderausbildungen, AKH Wien

Berufserfahrung

- 2003 – 2008 DGKS an der Neurologischen Abteilung, Station B 01, Sozialmedizinisches
Zentrum Süd, Wiener Krankenanstaltenverbund
- 2008 Bildungskarenz - geringfügig beschäftigt als DGKS im extramuralen
Bereich,
mobile Hauskrankenpflege im Verein Meteora
- 2009-2010 DGKS an der Neurologische Abteilung, Station B 01, Sozialmedizinisches
Zentrum Süd, Wiener Krankenanstaltenverbund
- seit Okt. 2010 DGKS im Entlassungsmanagement, Krankenhaus Hietzing mit
neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wiener Krankenanstaltenverbund

